

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 27 novembre 1900, à 1 heure

Par LOUIS-ALFRED PETIT

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 18 juin 1873

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien interne de l'Hôpital départemental de Nanterre

DE

L'ÉTRANGLEMENT DU DUODÉNUM

AU NIVEAU

DE LA RACINE DU MÉSENTÈRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : { MM. BUDIN, professeur.
CAMPENON et BONNAIRE, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 27 novembre 1900, à 1 heure

Par LOUIS-ALFRED PETIT

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 18 juin 1873

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien interne de l'Hôpital départemental de Nanterre

DE

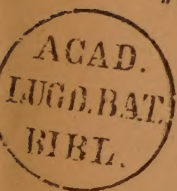
L'ÉTRANGLEMENT DU DUODÉNUM

AU NIVEAU

DE LA RACINE DU MÉSENTÈRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : { MM. BUDIN, professeur.
CAMPENON et BONNAIRE, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	TILLAU.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES de la TOURETTE.	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DEMANDRE

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPENON

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE
L'ÉTRANGLEMENT DU DUODÉNUM
AU NIVEAU
DE LA RACINE DU MÉSENTÈRE



AVANT-PROPOS

Ce modeste travail a été entrepris sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Campenon. Qu'il nous soit donc permis d'inscrire son nom au début de ces pages où l'on trouvera si souvent le reflet des idées de notre excellent maître. C'est avec une sincère émotion que nous le prions d'accepter l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond attachement, faible remerciement pour ses brillantes leçons de chirurgie clinique et pour tout l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis le jour où nous avons été son élève.

Au cours de nos études médicales nous avons eu à déplorer la perte de l'un de nos premiers maîtres, M. le professeur agrégé Hanot. Nous avons précieusement gardé

le souvenir de l'enseignement si attachant et si merveilleux qu'il prodiguait à ses élèves.

Nous adressons également un respectueux hommage à la mémoire de M. le professeur Germain Sée chez qui nous avons appris les premiers éléments de la clinique médicale.

C'est dans le service de M. le professeur Le Dentu que nous avons été aux prises avec les premières difficultés de la chirurgie. Nous sommes heureux de pouvoir l'assurer de notre reconnaissance.

M. le D^r de Beurmann nous a accueilli avec bienveillance comme externe dans son service de l'hôpital Broca; nous ne saurions trop vivement l'en remercier.

Que M. le professeur agrégé P. Bar, dont nous étions l'externe et qui nous a prié de remplir pendant quelque temps les fonctions d'interne dans son superbe service d'accouchements, veuille bien accepter l'expression de notre vive gratitude. Nous devons également assurer de notre reconnaissance MM. les D^{rs} Lepage et Tissier pour les savants conseils qu'ils nous ont donnés dans cette même Maternité.

Nous garderons le souvenir de l'excellent accueil que nous a fait comme externe dans son service M. le professeur Bouchard. Qu'il daigne accepter nos remerciements, ainsi que M. le D^r Lenoir qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Pendant nos deux dernières années d'études, nous avons été l'interne de M. le professeur agrégé Rémy, et nous ne saurions lui témoigner assez de gratitude pour sa bonté à notre égard, pour ses leçons pratiques et pour la grande

initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service de chirurgie de la Maison de Nanterre.

M. le Dr Queyrat, qui nous a initié aux pratiques de la bactériologie, et M. le Dr Beurnier, dont nous n'avons malheureusement pu être assez longtemps l'élève, nous permettront cependant de leur adresser ici toute notre reconnaissance.

C'est un ami plutôt qu'un maître, M. le Dr P. Latteux, qui nous a enseigné l'histologie normale et pathologique. Qu'il voie dans ces quelques lignes l'expression d'un sincère et respectueux attachement.

Avant de terminer ce court aperçu de notre vie scolaire, nous tenons à accomplir un devoir bien doux en adressant à notre oncle, M. le Dr A. Demandre, médecin chef de l'hôpital militaire d'Angers, l'expression de notre plus vive affection, et à nos compagnons d'études, les Drs G. Latteux et J. Mouchotte, l'assurance de notre inaltérable amitié.

Que M. F. Petit, notre oncle, et notre cher ami Bonnotte, qui ont apporté d'une façon aussi aimable le concours de leur talent à la reproduction de la planche qui termine ce travail, reçoivent nos plus sincères remerciements.

A M. le professeur Guyon, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous nous permettrons de témoigner notre vive gratitude.

INTRODUCTION

Nous avons assisté dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Campenon, à une intervention chez une malade présentant les symptômes d'un étranglement de l'intestin grêle à sa partie supérieure. L'occlusion siégeait sur la portion horizontale du duodénum, au niveau où elle est croisée par la racine du mésentère et l'artère mésentérique supérieure. Un cas semblable observé antérieurement par M. Campenon lui avait permis de nous faire pressentir le siège de l'occlusion, sans cependant l'affirmer d'une façon catégorique, les observations de cas analogues d'étranglement étant jusqu'ici très rares.

Si l'on a décrit les compressions de l'intestin grêle et en particulier celles du duodénum, aucun ouvrage, à notre connaissance, ne fait mention de l'étranglement de cette partie de l'intestin grêle par le mésentère. Nombreuses sans doute sont les observations de compression du duodénum par tumeur de voisinage (néoplasmes du pancréas, du foie, du rein ; adhérences péritonéales, ganglions, anévrysmes de l'aorte, etc.).

On a également signalé, à ce niveau, des cas d'occlusion consécutifs à des lésions de l'intestin lui-même (néoplasmes, polypes, rétrécissements, etc.).

Mais aucun ouvrage ne fait mention du genre d'étranglement qui fait l'objet de notre étude.

Malgré les recherches bibliographiques nombreuses auxquelles nous nous sommes livré, nous n'avons trouvé que cinq observations analogues aux nôtres : trois observations très résumées de Kundrat que nous reproduirons intégralement dans le cours de notre travail (en y faisant mention de la discussion à laquelle elles ont donné lieu), une observation de Balster et une autre de Philippé que nous citerons également.

Il nous a donc semblé que ce genre d'occlusion intestinale, par sa rareté même, méritait une description spéciale. Aussi avons-nous essayé d'en mettre en lumière les principaux caractères.

Après un court résumé historique, nous donnerons une description anatomique du duodénum et du mésentère, au point de vue spécial qui nous intéresse ; puis, nous étudierons l'étiologie et la pathogénie de l'étranglement de cette première portion de l'intestin grêle. Nous décrirons ensuite sa symptomatologie. Après avoir cherché à indiquer quels sont les moyens d'arriver à un diagnostic précoce, nous consacrerons la fin de ce travail au traitement de cette affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les obstructions du duodénum, en prenant ce mot dans son sens le plus vaste, ont été signalées et plus ou moins étudiées par un certain nombre d'auteurs.

Morgagni, dans son « De sedibus et causis morborum » (1761), à la XXX^e lettre (De vomitu), ainsi que dans la XXIX^e, fait d'intéressantes remarques sur les vomissements provenant d'affections du pancréas qui comprime le duodénum.

Rokitansky, en 1837, décrit les étranglements de l'intestin. Lorsqu'il parle de l'étranglement d'une portion fixe de l'intestin par les organes voisins, il vise certainement le duodénum, mais il ne spécifie pas.

En 1852, Daubeuf, dans sa thèse, cite le cas de l'illustre Chopart « qui succomba, dit-il, aux accidents de l'étranglement d'une anse de l'intestin grêle comprimée entre le mésentère et la colonne vertébrale ». Il est malheureux qu'il ne précise pas, ce cas semblant intéresser plus directement notre sujet.

En 1852 également, dans une communication à la Société anatomique, Combessis cite le cas d'un anévrysme de l'aorte qui comprimait le duodénum et causait des phénomènes d'occlusion intestinale.

Vesselle (1852) étudie les compressions du pancréas sur les organes voisins et incidemment sur le pylore et le duodénum.

Besnier, dans sa thèse (1859), donne quelques signes servant à déterminer le siège de l'occlusion intestinale à sa partie initiale.

Duchaussoy, dans un mémoire couronné par l'Académie en 1860, donne aux occlusions du duodénum une place importante parmi les occlusions de l'intestin en général.

Peyrot, dans sa thèse d'agrégation (1860), décrit quelques symptômes propres à l'occlusion du duodénum.

La pathogénie de la sténose de cette portion de l'intestin grêle est encore éclairée par les travaux d'Augagneur dans sa thèse d'agrégation (1886), de Bard et Pic (1888), plus récemment de Bouveret, Alex, Tuffier, en France ; Cahn (1886), Hockhaus, Boas (1891), en Allemagne ; Perry, Schaw (1893), en Angleterre.

Bron, dans sa thèse en 1894, réunit un certain nombre de cas de compression du duodénum par les organes voisins.

Mais aucun des auteurs ci-dessus ne fait mention de l'occlusion du duodénum au niveau de l'artère mésentérique supérieure.

Glénard, en 1885, dans ses études sur l'entéroptose signale comme possible la chute de l'intestin dans le petit bassin et, par suite, la tension de ce qu'il appelle le *ligament suspenseur de l'intestin grêle* que nous décrirons au chapitre de l'anatomie. Il arrive ainsi à prévoir le genre d'occlusion qui nous occupe, mais n'en cite aucune observation.

Les seuls cas que nous connaissions sont dus à Kundrat, Balster et Philippe.

Kundrat, en Autriche, à la *Société des médecins de Vienne* rapporte, en 1891, trois cas d'étranglement du duodénum au niveau de l'artère mésentérique supérieure.

Balster en Allemagne, en 1894, présente à la *Société libre des médecins de Berlin*, sous le titre d'hématome duodéal simulant une occlusion intestinale, un cas d'étranglement du duodénum par le mésentère.

Enfin, en 1899, Philippe dans sa thèse rapporte les trois cas de Kundrat en y ajoutant une observation inédite d'occlusion du duodénum par l'artère mésentérique supérieure, occlusion déterminée par un épanchement sanguin rétro-duodéal.

En ajoutant les deux observations inédites que M. le professeur agrégé Campenon a eu l'amabilité de nous communiquer, nous arrivons à un ensemble de sept observations d'étranglement duodéal au niveau de la racine du mésentère.

Nous publions sous le titre d'Obs. VIII un cas d'étranglement duodéal par le mésentère que nous avons rencontré sur un cadavre au cours de nos recherches.

CHAPITRE II

Anatomie. — Dédutions pathologiques.

Ce qui différencie le duodénum du reste de l'intestin grêle, outre certaines particularités de structure, c'est sa fixité. Sa situation et ses connexions avec les organes voisins le distinguent nettement des autres portions de l'intestin grêle. Nous ne ferons pas une étude complète de l'anatomie du duodénum. Nous bornant à rappeler en quelques mots quelles sont ses limites, sa forme, sa direction, nous insisterons sur ce qui nous semble se rapporter plus étroitement à notre sujet : ses moyens d'attache, et ses rapports avec les vaisseaux mésentériques supérieurs, ou plus exactement la partie de la racine du mésentère dans laquelle ces vaisseaux sont inclus. Nous tirerons au cours de cette description anatomique quelques déductions pathologiques facilitant la compréhension de ce genre particulier d'occlusion.

Chez l'embryon, l'intestin est constitué au début par un tube rectiligne, tendu du diaphragme, où il continue l'œsophage, au périnée où s'ouvrira l'anus. Il est fixé à la colonne vertébrale dans toute sa longueur par un méso médian, court à ses deux extrémités, plus long en sa partie moyenne.

Cette partie longue du méso (répondant à la portion de

l'intestin qui formera le jéjuno-iléon et une partie du côlon) permet au segment du tube digestif qu'elle enveloppe et soutient, une plus grande mobilité. C'est à ce niveau que naît de l'aorte, l'artère mésentérique supérieure.

L'estomac se différencie du reste du tube digestif; d'abord à grand axe sagittal, il prend bientôt la place qu'il occupera définitivement dans l'abdomen. Le duodénum lui fait suite, convexe en avant et encore situé dans un plan sagittal. Au-dessous, se continuant directement avec lui, vient l'*anse intestinale* mobile (également à convexité antérieure), celle que nous venons de voir soutenue par la portion plus longue du méso contenant l'artère mésentérique supérieure. A cette époque l'artère est dans le même plan sagittal que le duodénum.

Cette *anse intestinale* prend bientôt un développement considérable; il résultera de cet accroissement en longueur de l'intestin, plus rapide que celui du tronc de l'embryon, que l'intestin fixé à ses deux extrémités œsophagienne et rectale par la brièveté de la hauteur du méso, poussera de bas en haut par son segment inférieur, de haut en bas par son segment supérieur sur cette partie mobile de l'intestin. Celle-ci sera donc sollicitée à exécuter un mouvement de rotation.

L'anse intestinale, fixée à l'aorte par la mésentérique supérieure comme par un pivot recevant à ses deux extrémités une poussée inverse, tournera autour de l'axe formé par cette artère mésentérique. Cette rotation se fera en sens inverse des aiguilles d'une montre. Elle amènera ainsi ce qui devient l'angle duodéno-jéjunal à gauche de la colonne vertébrale, faisant ainsi décrire au duodénum

(partie de l'intestin peu mobile par suite de la brièveté de son méso) une courbe à concavité supérieure et fera passer tout le reste de l'anse intestinale au-devant du duodénum. Or dans cette rotation, le mésentère, d'abord sagittal, devient successivement horizontal, puis sagittal de nouveau, enfin une dernière fois horizontal. Par suite l'artère mésentérique supérieure (dont la naissance a servi d'axe à la rotation du mésentère) qui était d'abord située au-dessous du duodénum, entraînée par l'intestin dans son évolution, passe par-dessus le duodénum. C'est ainsi que nous la retrouvons chez l'adulte.

Depuis le sillon duodéno-pylorique situé sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, répondant à la partie gauche de la première ou de la deuxième v. lombaire, le duodénum décrit une courbe concave en haut, représentant les $\frac{4}{5}$ d'un anneau qui embrasse dans sa concavité la tête du pancréas. Sa direction est remarquable. A partir du pylore, il se dirige en haut, à droite et en arrière. Cette *première portion* du duodénum finit au niveau du col de la vésicule biliaire. Elle est appelée quelquefois portion hépatique ou sous-hépatique. Elle adhère intimement par un tissu conjonctif court et solide à la tête du pancréas. En haut elle répond à l'épiploon gastro-hépatique, en bas au grand épiploon.

Cette première portion du duodénum est entourée en grande partie par le péritoine dont les replis forment deux ligaments ; l'un, le ligament duodéno-hépatique, s'insère sur sa paroi postérieure près du bord supérieur et l'unit à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire. Le second

ligament duodéno-colique (grand épiploon) s'insère sur son bord inférieur et se prolonge jusque sur la grande courbure de l'estomac.

« Grâce à cette disposition, dit Braune, cette première portion du duodénum jouit d'une certaine mobilité. Elle peut être entraînée par les déplacements du canal pylorique. Quand l'estomac est vide, elle se dirige obliquement en haut, en arrière et à droite. Quand il se remplit, le pylore s'écarte de la paroi abdominale postérieure, se porte à droite et en avant et attire aussi avec lui la première portion du duodénum : celle-ci se dirige alors directement en arrière. »

Au niveau du col de la vésicule biliaire, commence la *deuxième portion*, portion descendante ou prérénale du duodénum. Là, en effet, il s'infléchit brusquement et descend verticalement le long de la colonne lombaire entre le rein droit et la veine cave inférieure. Il nous suffit de dire de cette deuxième portion qu'elle est intimement unie par son bord interne à la tête du pancréas. Elle reçoit à ce niveau les canaux cholédoque et pancréatique.

Cette deuxième portion du duodénum est, sur une partie de sa circonférence, enveloppée par le péritoine : en avant, où s'insère le grand épiploon, à la racine du mésocôlon transverse, et sur son bord externe et une partie de sa face postérieure où s'insère le ligament duodéno-rénal.

Braune a étudié le degré de mobilité de cette portion descendante. « Elle présente, dit-il, une certaine mobilité dans le sens frontal ; des déplacements plus ou moins étendus dans ce sens peuvent lui être imprimés par le côlon ascendant ; quand il est modérément distendu, la portion

descendante du duodénum se trouve à 4 centim. à droite de la ligne médiane entre la veine cave en dedans, le rein en arrière et le côlon ascendant en dehors; quand il est très distendu elle est repoussée en dedans, rapprochée de la veine cave et presque sur la ligne médiane. »

La *troisième portion* ou portion horizontale commence au niveau du bord inférieur du rein droit, où le duodénum se coude de nouveau pour se porter transversalement de droite à gauche jusqu'au niveau du flanc droit de la 4^e v. lombaire, où commence la 4^e portion ou portion ascendante.

Cette troisième portion est celle qui nous intéresse particulièrement. Elle est située dans l'épaisseur du bord adhérent du méso-côlon transverse, *enclavée dans l'angle formé par l'artère mésentérique supérieure et l'aorte abdominale*; elle est en rapport, en arrière avec l'aorte, la colonne vertébrale, l'origine de l'artère mésentérique inférieure, la veine cave inférieure, les piliers du diaphragme; en haut avec la tête du pancréas; en avant, la racine du mésentère la croise de haut en bas et de gauche à droite. A ce niveau existe sur la paroi antérieure un sillon nettement marqué déterminé par le passage des vaisseaux mésentériques supérieurs. Au même niveau, mais sur la paroi postérieure du duodénum, se trouve un autre sillon plus large et moins marqué que le premier, formé par l'aorte descendante. Du passage des vaisseaux mésentériques, en avant, et de l'aorte en arrière, résulte donc un sillon presque circulaire, répondant à un faible rétrécissement anatomique de l'intestin qui a été appelé par quelques auteurs *isthme du duodénum*. C'est à ce niveau que se sont pro-

duites les occlusions qui font l'objet de cette étude.

Cette portion du duodénum n'est recouverte de péritoine que sur sa partie antérieure et au niveau où la racine du mésentère fixe pour ainsi dire l'intestin à la colonne vertébrale et le rend complètement immobile.

La *quatrième portion* ou portion ascendante remonte le long du flanc gauche de la colonne lombaire. Elle est recouverte par le péritoine dans les deux tiers externes de sa circonférence, elle présente une certaine mobilité transversale. Arrivée à la hauteur du corps de la deuxième v. lombaire, l'intestin grêle se coude brusquement pour se diriger en avant, en bas et à gauche. C'est là que se termine le duodénum. C'est l'angle duodéno-jéjunal. Il est situé au-dessous de la racine du méso-côlon transverse, il s'adosse en haut au bord inférieur du corps du pancréas et est embrassé par la concavité de la crosse que la veine mésentérique inférieure décrit avant de s'engager derrière le pancréas; en avant il est recouvert par la paroi postérieure de l'estomac.

Sur cet angle presque immobile, s'attache le *muscle de Treitz*, faisceau musculaire mince et aplati, qui, venant du pilier gauche du diaphragme et du tissu conjonctif qui entoure le tronc cœliaque, s'attache sur l'angle duodéno-jéjunal et sur les deux tiers supérieurs de la portion ascendante du duodénum. Ce muscle, à fibres lisses, passant derrière le pancréas et derrière l'aorte, est terminé par un tendon formé de fibres lisses élastiques et de faisceaux conjonctifs. Il est situé à gauche de l'artère mésentérique supérieure. Il est, dit Braune, une émanation de la couche longitudinale et circulaire de l'intestin. Il est, d'après Treitz,

renforcé quelquefois par un muscle accessoire qui, du bord droit de l'orifice œsophagien du diaphragme, vient se terminer par des filaments tendineux dans le tissu cellulaire qui entoure cette artère.

En résumé, le duodénum est surtout immobilisé dans sa partie horizontale, c'est là où il sera le plus facilement étranglé, d'autant plus qu'il présente déjà en cet endroit une partie rétrécie, l'isthme du duodénum, sur lequel nous reviendrons quand nous décrirons le mésentère. Ce qui contribue encore à immobiliser le duodénum, ce sont ses rapports avec le pancréas auquel il est fixé assez intimement par sa concavité. Ce fait expliquera pourquoi dans les cas de dilatation extrême qui sont relatés dans nos différentes observations le duodénum offre toujours le même aspect : celui d'un second estomac, dont la petite courbure serait située en haut et à gauche, la grande courbure à droite et en bas. Sa concavité, adhérente au pancréas, n'est pas susceptible de se dilater au même degré que sa convexité.

Le duodénum adhère en effet au pancréas par des tractus cellulo-fibreux, par des vaisseaux, par les canaux pancréatique et cholédoque et, d'après Verson, par quelques fibres musculaires longitudinales de l'intestin qui pénètrent entre les lobules glandulaires. D'après Schiefferdeker (*Arch. f. anat.*, 1886) la tête du pancréas remplit généralement l'anneau duodénal, mais dans certains cas, lorsque le duodénum descend très bas, le pancréas ne suit pas l'intestin et il reste entre son bord inférieur et le bord supérieur du duodénum un espace plus ou moins grand.

Mais d'après nos recherches sur le cadavre, nous avons trouvé que jusqu'au niveau du passage du mésentère sur

le duodénum, les adhérences de celui-ci avec le pancréas étaient toujours plus intimes que dans la partie située au delà de la corde mésentérique, c'est dire que cette dernière portion se laissera plus facilement mobiliser. Nous verrons du reste, à ce propos, quelle importance nous attribuons au muscle de Treitz comme moyen de fixation.

Les quelques considérations anatomiques que nous devons donner pour éclairer la pathogénie de l'étranglement du duodénum par le mésentère, nous amènent nécessairement à parler de ce dernier.

Le mésentère est le feuillet séreux à deux bases dans l'épaisseur duquel cheminent les vaisseaux et les nerfs de l'intestin et qui contribue à maintenir en place l'intestin grêle.

De la paroi abdominale où il s'insère, sur une ligne oblique en bas et à droite, il se termine à la concavité des anses du jéuno-iléon. Fixé solidement par son bord postérieur, ou pariétal, ou racine, il suit par son bord intestinal ou antérieur convexe les sinuosités de l'intestin sur lequel il s'insère. Sa racine surtout nous intéresse. Les auteurs décrivent sous ce nom le bord pariétal en entier, c'est-à-dire la partie du mésentère qui commence sur le flanc gauche de la 1^{re} ou de la 2^e v. lombaire et se termine au niveau de l'abouchement de l'iléon dans le gros intestin en croisant successivement la portion horizontale du duodénum, l'aorte, la veine cave inférieure, les vaisseaux iliaques primitifs droits, l'uretère droit, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovarien et le psoas du côté droit. Ce nom de *racine* devrait, à notre avis, être plutôt réservé à l'angle supérieur du mésentère qui répond à

l'origine de l'arbre mésentérique supérieure, à cette portion que Glénard propose avec juste raison d'appeler *ligament suspenseur de l'intestin grêle*. Elle est située sur le flanc gauche de la 1^{re} ou de la 2^e v. lombaire, au-dessous du méso-côlon transverse, à deux centimètres à droite de l'angle jéjuno-duodéal, dans la concavité de l'arc duodéal. Elle représente en effet la seule attache pariétale du mésentère chez l'embryon. C'est à son niveau que l'artère mésentérique supérieure pénètre dans le mésentère. Elle y est accompagnée de la veine mésentérique supérieure et des nerfs qui se rendent à l'intestin grêle. Le tronc de la veine est situé à droite de celui de l'artère et tend à se placer en arrière de ce dernier. Les vaisseaux en pénétrant dans cette racine du mésentère sont entourés de tissu conjonctif assez résistant. Le tout contribue à former dans l'épaisseur du mésentère une sorte de corde qui passe en écharpe au-devant du duodénum.

Le mésentère fixé par cette attache et son bord pariétal flotte dans le reste de son étendue dans la cavité abdominale. L'intestin grêle, qui lui est suspendu, pourra en l'entraînant dans ses déplacements jouer un rôle plus ou moins actif dans la production de l'occlusion.

CHAPITRE III

Pathogénie. — Étiologie.

Ce qui paraît avoir attiré l'attention de tous les auteurs qui ont écrit sur la pathogénie de l'occlusion du duodénum, c'est surtout sa fixité dans presque toute son étendue qui l'empêche de se dérober, comme le reste de l'intestin grêle, à la pression que peuvent exercer sur lui les organes voisins.

C'est ainsi que Roux, Bard et Pic signalent les tumeurs malignes du pancréas comme capables de déterminer l'occlusion duodénale.

Le rein droit a été mis en cause; tel est le cas d'un kyste volumineux, signalé par Fontan.

Beaucoup plus souvent, le foie hypertrophié ou atteint d'une néoplasie siégeant surtout au niveau du lobe carré, a pu comprimer le duodénum; tels sont les cas publiés par Piriou, Codet, Moore. La vésicule biliaire, soit par suite d'adhérences (Pepper cité par Galliard), soit par suite des calculs qu'elle contient (Bouveret, Alex, Tuffier, Marchais), peut arriver à déterminer des phénomènes de sténose du duodénum.

L'aorte dilatée peut comprimer le duodénum au niveau de sa seconde portion : Combessis, Dacquet, Perry rapportent des cas d'anévrysme de l'aorte accompagnés d'occlusion intestinale.]

Des ganglions néoplasiques, lymphadéniques ou tuberculeux (Bron) peuvent comprimer la portion fixe de l'intestin grêle.

Outre ces causes extrinsèques, auxquelles il faut ajouter les étranglements par brides péritonéales, on a signalé et décrit des causes intrinsèques d'occlusion du duodénum : occlusion par corps étrangers, par sténose congénitale, par néoplasmes, par cicatrices consécutives à des ulcérations diverses (ulcère rond ; ulcérations simples, tuberculeuses, toxiques).

Mais on ne paraît pas avoir attaché d'importance à ce fait que le duodénum dans sa portion horizontale est en quelque sorte bridé par la *racine du mésentère* qui, si elle ne le comprime pas à l'état normal, contre la colonne vertébrale, est susceptible dans certains cas pathologiques, en raison de ses rapports directs avec le duodénum, de l'étrangler complètement.

Ce fait, jusqu'ici méconnu, est peut-être plus fréquent qu'on ne le suppose. Dans les recherches auxquelles nous nous sommes livré sur le cadavre, pour étudier le mécanisme de cette occlusion, nous avons eu la chance inespérée de rencontrer chez un homme mort de tuberculose pulmonaire une disposition anatomique du duodénum et du mésentère en tous points semblable à celle qui est décrite dans nos observations. Nous l'avons reproduite par le dessin et nous en publions le schéma plus loin avec quelques notes explicatives.

Nous avons donc essayé de rechercher quel pouvait être le mécanisme de l'étranglement du duodénum par le mésentère. Nous ne pouvons faire que des hypothèses à

ce sujet, les différents cas que nous rapportons manquant à ce point de vue de précision.

Pour éclairer la discussion qui va suivre, il est nécessaire de retenir, des données anatomiques que nous avons exposées, deux points importants :

1° Le duodénum est compris, à la terminaison de sa portion horizontale, dans l'*angle aigu à sinus inférieur* formé par la mésentérique supérieure en avant, et l'aorte appuyée sur la colonne vertébrale en arrière.

Que, pour une raison quelconque, cet angle tende à devenir plus aigu, l'intestin, alors pincé entre les deux artères comme entre les branches d'un compas, subira une strangulation qu'il ne pourrait éviter qu'à condition de s'abaisser, de descendre, ce qu'il ne peut faire.

2° Le duodénum, rétro-péritonéal et fixe dans ses trois premiers quarts, devient plus libre dans sa dernière portion. Cette portion est soutenue et suspendue par les faisceaux musculaires de Treitz. Que ces faisceaux se relâchent et cette dernière portion va devenir flottante.

Or, ces faisceaux musculaires sont-ils résistants ? existent-ils toujours ? C'est ce que nous avons cherché.

Avant d'aller plus loin, nous tenons à donner ici l'interprétation de notre maître M. Campenon sur les deux cas qu'il a eu l'amabilité de nous communiquer. Voici en quels termes il s'exprime à ce sujet :

« L'interprétation de deux faits que nous avons observés nous paraît être la même au point de vue du *mécanisme final*, à savoir : obstruction par coudure.

Dans l'un et l'autre cas, en effet, il a suffi de déplacer les premiers 12 ou 15 centim. du jéjuno-iléon pour voir

aussitôt les gaz s'y engager, et cela sans avoir à exercer le moindre effort ni la moindre traction et, à plus forte raison, sans avoir aucune bride à distendre ou à sectionner.

Quant à la *cause prédisposante*, il faut la chercher dans la disposition anatomique de la région : chez nos deux opérés c'est au moment où il pénètre dans la cavité péritonéale, c'est au moment où il devient libre, de fixe qu'il était, que l'intestin s'est coudé. C'est le repli péritonéal sous-tendant l'intestin qui a joué le rôle d'arête vive (selon l'expression de Chassaignac).

Chez notre opéré homme, la *cause déterminante* nous paraît être le poids exagéré de l'intestin en amont dû au passage de la position horizontale, longtemps gardée, à la position verticale. — Chez notre opérée, femme, nous n'avons aucune interprétation ferme à fournir. »

Il nous faut ici, signaler ce fait que les anciens anatomistes (Cruveilhier, Sappey) assignaient comme limite au duodénum le point où il est croisé par l'artère mésentérique supérieure et ne lui décrivaient pas de portion ascendante. Les anatomistes modernes, Testut, Jonnesco, donnent cependant à cette quatrième portion une longueur de 7 centim. — Nous verrons plus loin ce que nous en pensons.

Ceci posé, abordons l'étude du mécanisme par lequel peut se faire l'occlusion.

Fixée dans le compas aorto-mésentérique, le duodénum pourra :

1^o Être comprimé contre la colonne vertébrale si la branche antérieure (racine du mésentère) se rapproche de l'aorte ;

2° Se couder dans sa quatrième portion sur la racine mésentérique si pour une cause quelconque cette quatrième portion devenait mobile ;

3° Être étranglé sur la branche antérieure elle-même si une tumeur ou une collection rétro-duodénale projette en avant cette quatrième portion du duodénum.

Or ce sont ces trois mécanismes que nous avons cherché à réaliser sur le cadavre.

1° La *branche antérieure*, la *racine du mésentère* peut-elle se rapprocher suffisamment de l'aorte pour produire l'occlusion de l'intestin ? Nous avons déjà vu qu'à l'état normal elle marquait son passage sur la face antérieure du duodénum par un sillon constant répondant à l'*isthme du duodénum* de certains auteurs. Sur 50 cas que nous avons relevés cet isthme était très nettement marqué 30 fois ; dans 15 cas il existait moins accusé mais encore très visible ; sur les 5 derniers cas il n'était qu'apparent. Il y a donc à l'état physiologique un rétrécissement du calibre du duodénum au-dessous de la mésentérique supérieure.

Glénard, dans son étude de l'entéroptose en 1885, fait jouer à la traction de la masse intestinale sur la racine du mésentère un rôle prépondérant dans l'occlusion incomplète et transitoire qu'il a observée chez certains malades atteints de ptose intestinale. Sa manière de voir nous semble si juste que nous ne pouvons mieux faire, pour expliquer le mécanisme de l'occlusion complète relatée dans certaines de nos observations, que de citer les propres paroles de cet auteur.

Après avoir étudié les moyens de fixité de l'angle duodéno-jéjunal qu'il considère comme le mieux soutenu

de l'appareil digestif, Glénard, qui décrit comme limite du duodénum le point où il est croisé par l'artère mésentérique, s'exprime ainsi :

« La traction peut s'exercer sur le côté descendant de l'angle duodéno-jéjunal par la première moitié de l'anse iléo-colique, l'intestin grêle, segment du tube digestif qui peut précisément tirer le plus sur ses ligaments suspenseurs (le mésentère), à en juger par leur longueur et par conséquent le champ étendu d'excursion qu'ils permettent, par leur solidité et par conséquent le poids qu'ils ont à soutenir.

Mais, il y a plus et la lumière de l'angle duodéno-jéjunal peut être compromise encore d'une autre manière ; j'ignore pourquoi cette conséquence n'a encore frappé aucun anatomiste.

Nous avons vu que l'orifice duodéno-jéjunal était placé entre l'aorte, en arrière, et l'artère mésentérique supérieure en avant, au moment où après sa naissance elle quitte la face postérieure du pancréas. Or il est facile de se rendre compte que cette artère dans son trajet préintestinal (qui forme la limite classique entre le duodénum et le jéjunum) est accompagnée de solides faisceaux fibreux qui descendent parallèlement à elle jusqu'au mésentère, pour s'y épanouir, et viennent, en même temps qu'elle, de la colonne vertébrale et du tissu adventitial très dense de l'aorte.

Le faisceau fibreux qui descend avec la mésentérique supérieure au-devant du duodénum est le vrai ligament suspenseur de l'intestin grêle.

Que, chez un sujet dont le grêle est vide de gaz, et forme

une quinzaine de petites anses superposées en zigzag dont les liquides augmentent le poids et la déclivité (de chaque anse) et dont la masse (le grêle vide de gaz pèse 500 gr.) est en partie prolabée dans le petit bassin, que chez ce sujet on soulève le mésentère au milieu de la partie moyenne de son insertion, on verra que ce mésentère donne la sensation d'une corde, qui, tirée de bas en haut, soulève le mésentère et le paquet de l'intestin grêle, et tirée de haut en bas fait saillie en avant du duodénum et abaisse le diaphragme et par lui le foie, tellement est solide son insertion supérieure au-dessus du duodénum.

Il en résulte, de toute évidence, que chez ce sujet, c'est-à-dire quand le grêle est vide, l'orifice duodéno-jéjunal est écrasé contre la colonne par un ligament soutenant un poids de 500 grammes, et que dans ces conditions sur le vivant, lorsque le grêle est vidé de gaz et prolabé, le duodénum pour chasser son contenu dans le jéjunum, devra soulever un poids minimum d'un demi-kilogramme. »

Telle est l'opinion de Glénard ; nous partageons jusqu'à un certain point la manière de voir de cet auteur, mais alors qu'il fait précéder la chute de l'intestin grêle de celle du gros intestin, il ne nous semble pas nécessaire que le côlon soit prolabé pour que l'intestin grêle tombe dans le petit bassin.

Les expériences que nous avons entreprises sur le cadavre nous ont montré qu'il suffit de vider l'intestin grêle des gaz et d'une partie des matières qu'il contient pour que, tombé dans le petit bassin, il tire sur le mésentère et surtout sur la portion qui nous intéresse, *la vraie racine du mésentère*, le ligament suspenseur de l'intestin grêle.

Kundrat, dans sa communication à la Société des médecins de Vienne sur les trois cas que nous rapportons au chapitre des observations, donne de la ptose intestinale l'explication suivante :

« Pour qu'un véritable étranglement se produise, dit-il, il est nécessaire que l'intestin grêle puisse tomber dans le petit bassin. Pour expliquer ces faits on invoquait autrefois la longueur excessive ou la brièveté du mésentère, mais ce n'est pas là le vrai motif. On doit le chercher dans la forme même du mésentère. Normalement, il a la forme d'un éventail largement ouvert; si cet éventail n'est ouvert qu'à moitié ou qu'aux trois quarts, la traction est tout entière dirigée sur la racine. »

Kundrat nous semble tout à fait avoir raison dans son interprétation. Cette comparaison classique du mésentère à un éventail a l'avantage, à notre avis, d'expliquer parfaitement les faits observés. Quand cet éventail est, comme le dit bien cet auteur, largement ouvert, c'est que les anses intestinales sont distendues par des matières et surtout par des gaz, c'est qu'elles flottent dans toute la cavité abdominale. Dans cet état la traction minime qu'elles exercent sur le mésentère se répartit en tous sens, mais ne se fait point de haut en bas. Nous n'avons jamais pu, en effet, réaliser sur le cadavre une occlusion duodénale, même en exerçant sur le mésentère de très fortes tractions quand l'intestin était distendu. Ces tractions étaient du reste fort difficiles par suite de la distension même de l'intestin.

Mais quand, après avoir ouvert l'iléon à sa terminaison, nous avons vidé l'intestin grêle des gaz qu'il contenait, il

nous était alors très facile d'exercer une légère traction sur le mésentère et de produire par suite l'occlusion duodénale. C'est que l'éventail mésentérique est alors presque entièrement fermé et que la traction de la masse intestinale grêle tout entière se fait suivant l'axe de ses branches très rapprochées, le même axe pour ainsi dire.

Quand Glénard fixe le poids de la masse intestinale grêle et mésentérique à 500 grammes, il nous semble au-dessous de la vérité. Après avoir vidé l'intestin grêle et sectionné le mésentère à sa racine (c'est-à-dire réalisé toute la masse qui tire sur la racine mésentérique) nous avons cherché quel était son poids chez les différents cadavres dont nous avons disposé.

Chez les hommes :

6 fois le poids total était de.....	690 à	700 gr.
8 — — —	700 à	800 —
8 — — —	800 à	900 —
4 — — —	900 à	1000 —
2 — — —	1000 à	1500 —

Chez les femmes :

2 fois le poids total était de.....	590 à	600 —
6 — — —	600 à	700 —
6 — — —	700 à	800 —
5 — — —	800 à	900 —
3 — — —	900 à	1100 —

Le poids moyen est donc de 800 gr. environ.

La différence qui existe entre l'opinion de Glénard et la nôtre repose sur ce fait que Glénard considère les fais-

ceaux de Treitz qui soutiennent l'angle duodéno-jéjunal comme la partie la plus résistante de l'appareil suspenseur du tube digestif intestinal, et qu'il est nécessaire, pour lui, que l'angle droit du côlon soit déjà prolabé, pour que cet angle duodéno-jéjunal puisse être entraîné.

Mais tel n'est pas notre avis ; nous avons, en effet, recherché très attentivement sur 50 cadavres quelle est la résistance de ces faisceaux musculaires de Treitz. Or, nous les avons trouvés parfois très solides, résistants, faisant véritablement fonctions de ligaments suspenseurs. Mais dans la moitié des cas environ, ils étaient très minces et peu visibles ; chez deux ou trois de nos sujets, il nous a été impossible de les distinguer et c'est alors que se produisait le plus facilement l'occlusion duodénale que nous constatons après avoir vidé l'intestin grêle, placé le sujet debout et exercé de légères tractions sur le mésentère, tandis qu'un aide versait de l'eau par l'estomac. Le duodénum se laissait distendre considérablement avant que l'isthme du duodénum ne devînt perméable.

C'est que, dans ce cas, à l'occlusion produite par la traction simple du mésentère auquel est appendu l'intestin s'ajoute, à notre avis, une autre cause : celle qui est regardée par M. Campenon comme capable à elle seule de déterminer l'occlusion : la coudure de la partie de l'intestin grêle, située en aval de la mésentérique supérieure.

2° Nous arrivons ici à la deuxième de nos hypothèses : *la quatrième portion du duodénum peut-elle devenir mobile, et, se coudant sur la racine mésentérique, produire de l'occlusion intestinale ?*

Ce fait nous semble hors de contestation, soit que par suite

de l'absence ou du relâchement considérable du muscle de Treitz cette quatrième portion duodénale soit devenue libre, soit que, toujours par suite de l'une ou l'autre des deux raisons précédentes, elle n'existe plus, c'est-à-dire que le jéjunum (suivant la description des anciens anatomistes) commence au niveau de la mésentérique supérieure.

Nous avons, en effet, trouvé ces deux dispositions sur un cinquième environ des sujets que nous avons examinés.

Tantôt, les faisceaux musculaires de Treitz existaient en réalité, mais minces, relâchés et permettant à l'angle duodéno-jéjunal de s'abaisser quand la masse intestinale vide tirait sur lui.

Tantôt les faisceaux de Treitz, plus résistants, mais très allongés, s'inséraient sur l'angle duodéno-jéjunal (fixe à ce niveau) qui continuait directement la portion horizontale du duodénum sans interposition de portion ascendante.

Qu'exceptionnellement ces deux conditions se trouvent réunies : absence de portion ascendante du duodénum, et absence ou insuffisance du muscle de Treitz, et nous aurons, immédiatement après le passage de la racine du mésentère sur le duodénum, une portion flottante d'intestin grêle capable de se couder sur cette racine mésentérique.

3^e Reste donc la troisième de nos hypothèses : *la portion duodénale ascendante, poussée par une collection rétro-duodénale, peut-elle s'étrangler sur la branche antérieure du compass aorto-mésentérique ?*

C'est au cas de Philippe que nous faisons allusion. Nous le publions dans nos observations. Cet auteur a pu, au cours d'une injection de suif, en arrière de la quatrième portion du duodénum, voir se soulever la troisième et la

quatrième portion et les vaisseaux mésentériques se tendre en avant comme une corde. Le suif s'étant solidifié, il a pu constater que l'occlusion était complète et que le duodénum, coudé brusquement sur la racine du mésentère, n'était plus perméable.

Nous n'avons pu reproduire nous-même cette occlusion sur le cadavre ; mais nous la considérons comme très possible, et parfaitement en rapport avec nos constatations anatomiques.

Pour résumer la pathogénie de l'étranglement du duodénum par la racine du mésentère, nous pouvons dire que :

1° L'intestin grêle, vide de gaz et prolabé, tirant de tout son poids sur la racine du mésentère peut étrangler le duodénum (cette cause seule pouvant déterminer, à notre avis, une occlusion complète) ;

2° Par suite du prolapsus d'une partie de l'intestin grêle, la portion de celui-ci qui fait suite à la portion horizontale du duodénum peut, quand le muscle de Treitz est relâché ou absent, se couder sur la racine du mésentère et produire une occlusion de l'intestin ;

3° Une collection rétro-duodénale peut projeter le duodénum en avant et le couder sur la racine mésentérique au point de faire disparaître sa perméabilité.

Cette troisième forme accidentelle et très spéciale peut être, d'après Philippe, retrouvée dans le cas d'anévrysme de l'aorte, de mal de Pott. Chez qui rencontrerons-nous les deux autres ? Malheureusement l'absence de commémoratifs dans la plupart de nos observations nous oblige à rester ici dans le domaine des hypothèses.

Sans rappeler ici les théories invoquées pour expliquer l'entéroptose, disons seulement que, pour Glénard, l'intestin est maintenu en place par deux forces : la tension abdominale et les replis péritonéaux qui le suspendent à la paroi postérieure de l'abdomen. La tension abdominale est due à la réaction élastique et au tonus des muscles de la paroi. Les replis péritonéaux suspendant les anses intestinales « à la façon d'un baldaquin ». D'après lui, la chute de l'intestin débiterait par celle du coude droit du côlon transverse qui attirerait ce côlon transverse, celui-ci attirant consécutivement l'estomac ; l'intestin grêle viendrait ensuite.

Pour Schwert, cité dans la thèse de Hernette, une dépression du système nerveux amènerait la diminution du tonus musculaire. Cette diminution au niveau de la paroi abdominale amène une diminution de tension intra-abdominale, d'où augmentation de la pression de surcharge ; les viscères obéissent à la loi de la pesanteur et tombent : « En même temps, dit Schwert, la perte du tonus des parois musculaires de l'intestin et la diminution de la tension abdominale laissent les gaz distendre l'intestin. »

Nous avons dit ce que nous pensons, au contraire, sur la nécessité de la vacuité de l'intestin pour faciliter sa ptose.

Pour Mathieu, l'entéroptose est une maladie générale de tous les tissus ; toutes les fibres sont distendues. Son signe unique, c'est l'état tombant et flottant de l'abdomen, non pas seulement du coussin adipeux pré-abdominal si considérable et si lâche chez certaines femmes, mais de la masse abdominale elle-même.

Kundrat dit que la chute de l'intestin s'observe surtout chez les sujets dont la paroi abdominale est flasque, surtout

chez certaines femmes dont les parois ont été fatiguées par les accouchements.

Comme nous l'avons dit, nous ne pouvons, d'après le petit nombre d'observations que nous avons pu réunir et qui manquent, à ce point de vue, complètement de précision, formuler une étiologie exacte de l'étranglement du duodénum par le mésentère.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

A la lecture des différentes observations que nous avons réunies sur l'occlusion du duodénum au niveau de la racine mésentérique, nous avons été frappé de l'évolution subaiguë en quelque sorte de ses manifestations symptomatiques.

Dans l'occlusion intestinale aiguë, en effet, le malade est pris soudain d'une douleur violente, « parfois déchirante et atroce », dit Jalaguier, qui dépeint ainsi la forme aiguë de l'occlusion intestinale : « Aussitôt après l'apparition de cette douleur se montrent des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, bientôt bilieux, enfin fécaloïdes. Le visage pâlit et s'altère, les traits se tirent, les yeux s'excavent, le nez s'amincit et s'effile ; le pouls devient petit et fréquent ; la température reste normale ou s'abaisse. La constipation est complète, soit dès le début, soit après une ou deux évacuations ; l'émission des gaz par l'anus fait absolument défaut. Le ventre, souvent rétracté au premier moment, se ballonne après vingt-quatre ou trente-six heures. Les phénomènes de dépression s'accroissent ; l'angoisse est inexprimable ; le pouls est misérable ; la voix s'éteint ; aux vomissements s'ajoute un hoquet persistant ; le corps se couvre de sueurs froides, l'hypothermie est extrême, et le malade succombe en conservant,

le plus souvent, son intelligence intacte jusqu'à la fin. »

Tous ces symptômes se retrouvent évidemment dans le genre spécial d'occlusion qui nous intéresse ; mais ils sont plus ou moins modifiés dans leur date d'apparition, leur durée, leur intensité. Nous allons les reprendre en détail, en insistant sur ceux d'entre eux qui sont les plus caractéristiques de l'occlusion de l'intestin au niveau du duodénum.

La *douleur* est un signe variable. Elle fait défaut dans quelques cas. Dans notre observation I, le malade ne ressent aucune douleur, mais un peu de pesanteur vague ; à la pression seulement on trouve de la sensibilité dans la région sus-ombilicale. Elle n'est même pas signalée dans notre obs. II. Par contre, dans trois autres cas, obs. III, VI et VII, elle est très vive, subite, localisée dans un cas, généralisée à tout l'abdomen dans un autre, continue avec des exacerbations et des crises violentes. Elle est due probablement alors à la striction permanente de l'intestin, les paroxysmes étant causés par les contractions péristaltiques et antipéristaltiques qui, elles, sont intermittentes.

La douleur n'est donc pas un symptôme constant, surtout la douleur spontanée. Celle que l'on provoque à la pression, localisée au-dessus de l'ombilic, peut cependant être une indication précieuse du siège de l'étranglement.

Les *nausées* et les *vomissements* constituent des phénomènes précoces et constants. Ici surtout, les vomissements seront un des premiers signes de l'occlusion, se manifestant avant la douleur dans les obs. I et II, aussitôt après son apparition dans les autres cas. Mais ils ont dans l'occlusion

du duodénum des caractères qui les rendent un symptôme presque pathognomonique du siège de cette occlusion. S'ils sont, au début, alimentaires puis bilieux comme ceux de l'étranglement intestinal en général, ils ne deviennent jamais fécaloïdes. Dans toutes nos observations, ils ont conservé ce caractère (alimentaire et bilieux) jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à l'intervention ou jusqu'à la mort, suivant le cas. Ils se produisent, au début, quelques heures après l'ingestion des aliments, quand le chyme stomacal ayant franchi le pylore rencontre un nouvel obstacle. Puis, par suite de la dilatation du duodénum dans ses premières portions, ils ont lieu aussitôt après l'ingestion des aliments.

Ils présentent, quand ils sont dus à cette occlusion à siège élevé, un caractère dominant d'incoercibilité. De plus, ils sont toujours bilieux et, chose importante mais qui n'a malheureusement pas été recherchée dans les cas que nous publions, la bile y est mélangée à du liquide pancréatique. C'est là, dit Hockhaus, un signe capital de sténose duodénale au-dessous de l'ampoule de Vater. Boas dit que sur cinq cas qu'il a observés la présence de la bile et du suc pancréatique n'a jamais fait défaut dans les vomissements. Il l'a toujours retrouvée également dans l'estomac dilaté.

Enfin, autre caractère constant des vomissements, ils ne deviennent jamais fécaloïdes, quoiqu'ils aient pu dans un cas présenter une odeur rappelant ces derniers.

Bientôt après l'apparition des vomissements, survient la *constipation*. Elle n'est pas immédiate ni complète d'emblée. Le gros intestin, puis l'intestin grêle se vidant peu à peu, il y a pendant quelque temps émission de gaz et de matières

par l'anus. On a même signalé comme un signe d'étranglement intestinal à siège très élevé l'existence d'une diarrhée intense ayant pu faire porter le diagnostic de choléra. Tels sont deux cas que nous avons cités M. le Dr Gosset et dont l'un a été publié à la Société anatomique. (Dans ces deux cas, l'occlusion siégeait sur le duodénum, mais elle n'était pas causée par le mésentère.) Ce symptôme n'a été observé dans aucune des observations que nous rapportons : nous devons cependant le signaler.

Nous arrivons enfin à un symptôme qui, joint à ceux qui forment le cortège habituel de l'occlusion intestinale, est pathognomonique de l'occlusion à siège élevé : l'*absence de ballonnement du ventre*. Chez tous nos malades, et dans tous les cas connus de compression ou de sténose du duodénum, le ventre était complètement plat, conservant quelquefois cependant une légère sonorité à la percussion ; mais le plus souvent il était rétracté. La région épigastrique seule sera ballonnée et tendue, sonore à la percussion, par suite de la dilatation considérable que présentent l'estomac et le duodénum. Ce signe est en rapport avec l'affaissement, la rétraction même de toute la masse intestinale qui ont été observés chez tous nos malades (sauf chez celle de l'observation I). Il est même bien probable que par la palpation on arriverait à percevoir cette masse de l'intestin grêle contracté, tombée dans le petit bassin. Peut-être même pourrait-on sentir cette corde formée par la racine du mésentère, tendue par suite du poids de la masse intestinale. Aucun observateur ne fait, en effet, mention de contraction des muscles de l'abdomen qui s'opposerait à une telle palpation.

Certains auteurs ont considéré comme un signe d'occlusion de l'intestin grêle la présence d'*indican dans l'urine*. Nous voyons que le fait a été signalé dans l'observation II, communiquée par M. Campenon. Un autre signe plus important est basé sur la *quantité d'urine émise*. Barlow et d'autres médecins anglais ont admis que les urines sont rares dans les obstructions aiguës siégeant sur l'intestin grêle. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, signale le fait en disant que plus le siège de l'occlusion est élevé, plus la quantité d'urine émise est faible. D'autres observateurs semblent témoigner de ce fait et dans un cas de Rembold, où le duodénum lui-même présentait l'obstruction, il est dit que le malade, tourmenté par le besoin d'uriner, ne rendait même avec la sonde que quelques gouttes de liquide. Dans notre observation I, les urines sont très rares. Dans les deux cas mentionnés plus haut et dus à l'amabilité de M. le Dr Gosset, l'*anurie* était complète.

Les *phénomènes généraux* seront ici les mêmes que ceux de l'occlusion intestinale moins élevée, avec cette différence qu'ils se manifesteront en général moins rapidement et avec moins d'intensité. Ces phénomènes généraux graves qui se montrent dans l'occlusion sont, ainsi que l'a montré Le Fort dès 1864, liés à des troubles du système nerveux, provoqués par la compression et l'excitation de l'intestin. Ces troubles retentissent sur le système sympathique abdominal, sur le bulbe et sur la moelle. Ils causent la prostration, la faiblesse du pouls, l'accélération de la respiration, l'anxiété, l'hypothermie, la cyanose.

Parmi tous ces symptômes plus ou moins accentués suivant les cas, il en est un qui doit attirer notre attention,

c'est la *faiblesse et la rapidité du pouls, en désaccord complet avec la courbe thermique*. Dans nos observations, il existe à ce point de vue une grave lacune : dans chacune d'elles, il est seulement fait mention de l'absence d'élévation de température ; il est probable que si on l'avait enregistrée, on l'eût trouvée abaissée comme dans tous les cas d'occlusion. Seule l'observation de Philippe accuse une hypothermie notable. La rapidité du pouls (120) est, par contre, notée. Nous verrons du reste au chapitre du diagnostic combien ces deux éléments peuvent nous être utiles.

CHAPITRE V

Marche. -- Pronostic. — Terminaison.

Malgré le petit nombre d'observations que nous possédons, nous pouvons émettre un avis sur la marche de l'occlusion du duodénum au niveau de la racine du mésentère. Sauf dans l'observation III, de Kundrat, dans laquelle le malade succomba deux jours après le début des accidents, l'évolution des phénomènes d'étranglement intestinal affecte une marche subaiguë. Les différents symptômes se succèdent relativement lentement pour arriver à leur maximum d'intensité en cinq à six jours.

Ces faits peuvent s'expliquer probablement en admettant que cette occlusion particulière n'est pas d'emblée une occlusion complète. Ce serait encore un argument en faveur de l'idée que nous avons émise à propos de sa pathogénie, à savoir : qu'il est nécessaire que l'intestin soit vide de gaz, pour tomber dans le petit bassin et exercer sur la racine du mésentère une traction suffisante pour étrangler le duodénum. Ce qui se produit plus ou moins lentement.

Quoi qu'il en soit, il semble, d'après les cas observés, que le malade n'a de chances de guérison que dans une intervention chirurgicale. Le pronostic est donc fatal si le malade est abandonné à lui-même. Une affirmation aussi caté-

gorique est peut-être un peu téméraire, la possibilité de la disparition de la tension de la corde mésentérique pouvant à la rigueur être admise ; mais aucun des faits que nous rapportons ne nous permet une autre conclusion.

La mort est due à l'intensité des phénomènes généraux retentissant sur le système nerveux et aussi, pour Kundrat, à des accidents toxiques dus à l'accumulation et à la fermentation des produits contenus dans la cavité gastro-duodénale.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

En présence d'un malade qui accuse les symptômes que nous venons de décrire, la première question à résoudre sera la suivante :

Y a-t-il occlusion intestinale ?

Nous devons tout d'abord nous livrer à un examen minutieux de toutes les régions où peuvent se former des hernies. Cette cause étant écartée, nous devons songer aux différentes affections qui peuvent simuler une occlusion intestinale.

Certains empoisonnements, accompagnés de vomissements, d'abaissement de la température, de suppression des urines ; les coliques néphrétiques ou hépatiques, pourront induire en erreur. L'hypothèse du choléra devra être rejetée. Dans les deux cas que nous a signalés M. le Dr Gosset, les malades ont pu un instant être pris pour des cholériques. Nous n'avons cependant jamais, dans nos observations, relevé de faits pouvant permettre de confondre l'occlusion duodénale avec cette affection. Il suffira en général de connaître la possibilité d'être trompé par les affections que nous venons d'énumérer, pour en écarter le diagnostic.

Mais il est plus difficile d'éliminer la péritonite, surtout

la péritonite par perforation, d'autant plus que les quelques signes distinctifs de ces deux affections sont précisément ceux qui nous serviront à établir le diagnostic du siège de l'occlusion. C'est ainsi que, d'après Duplay, ce qui distinguerait les vomissements de la péritonite de ceux de l'occlusion, c'est que ces derniers seraient plus franchement fécaloïdes. Or, nous savons que dans la variété d'occlusion qui nous intéresse, ils ne le sont jamais.

La constipation est moins complète dans la péritonite : dans l'occlusion à siège élevé, elle ne l'est pas au début : on a même signalé de la diarrhée : mais, il est vrai qu'elle s'établit en peu de temps et que l'absence de gaz par l'anus viendra bientôt plaider en faveur de l'occlusion.

Le ballonnement, moins marqué dans la péritonite que dans l'occlusion, fait, dans l'étranglement du duodénum, complètement défaut.

Un léger œdème de la paroi abdominale doit faire songer à la péritonite. Ces signes ne sont donc pas d'une valeur diagnostique absolue.

Le frisson signalé par Henrot dans la péritonite a plus d'importance. Mais le grand signe distinctif sera basé sur la température élevée dans la péritonite, normale ou abaissée dans l'occlusion, surtout si l'on songe à cette dissociation remarquable entre le pouls et la température qui est un excellent signe d'occlusion intestinale. Dans toutes les observations où elle a été notée, on n'a pas trouvé la température au-dessus de la normale, mais le pouls est toujours trouvé petit et surtout fréquent (120 au moins).

La marche lente des péritonites chroniques, tuberculeuse ou cancéreuse, en fera écarter l'idée.

Le diagnostic de l'occlusion étant établi, nous avons à en fixer *le siège*. Le toucher rectal et vaginal est négatif; de plus, l'abdomen n'est pas ballonné: la douleur, quand elle existe, est localisée dans la région sus-ombilicale; l'urine est rare; on soupçonne déjà une obstruction de la partie supérieure de l'intestin grêle.

Pour la localiser au duodénum, nous avons peu de signes de certitude. Oserons-nous avancer que par la palpation nous arriverons à percevoir la corde mésentérique tendue? Peut-être, mais nous ne pourrions l'affirmer. Cependant la marche subaiguë devra nous faire éliminer l'occlusion des parties mobiles de l'intestin grêle qui sont plutôt des occlusions par invagination, volvulus, coudure brusque, se présentant dès le début avec des symptômes aigus.

La très petite quantité des urines, surtout l'anurie, seront encore des signes d'assez grande valeur.

Nous devons enfin écarter le diagnostic de sténose du pylore ou des premières portions duodénales. Or, ces affections s'établissent en général d'une façon lente, elles ont une marche chronique. Mais le meilleur signe de diagnostic sera la présence de bile et de suc pancréatique dans les vomissements et dans l'estomac.

Les commémoratifs nous seront utiles pour écarter l'idée d'une occlusion par compression d'un organe voisin ou d'un néoplasme intestinal.

C'est donc presque uniquement en procédant par élimination que nous arriverons au diagnostic de cette variété d'occlusion à allure spéciale.

Quand nous serons en présence d'un malade qui, sans

antécédents pathologiques ou avec de simples symptômes gastriques antérieurs, sera atteint sans cause appréciable d'occlusion intestinale s'accompagnant des signes suivants : — pas de douleur violente initiale, — absence de ballonnement du ventre, — vomissements incoercibles, non bilieux, où se rencontre du liquide pancréatique, — anurie presque complète ou urines très rares renfermant de l'indican, nous pourrons, après avoir éliminé la possibilité d'occlusion duodénale par corps étranger, calcul biliaire ou néoplasme, être presque certain d'avoir affaire à une occlusion du duodénum par la racine du mésentère.

Si cependant, on n'a pas la certitude absolue d'être en présence de ce genre d'occlusion, on saura du moins que le siège de l'étranglement est élevé, et la laparotomie exploratrice à incision élevée deviendra le premier temps d'une opération curative.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le diagnostic établi, le seul traitement à instituer pour remédier à ce genre d'occlusion est l'intervention chirurgicale.

Nous avons déjà insisté sur les avantages d'un diagnostic précoce. Les différents malades dont nous rapportons l'observation ont été presque tous abandonnés à eux-mêmes ou opérés tardivement. Nous savons également combien il est important de faire le diagnostic du siège de l'occlusion, de façon à déterminer l'opérateur à faire de suite une incision élevée.

Celle-ci commencera un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde ; elle ira, sur la ligne médiane, jusqu'à l'ombilic ou même au-dessous, en passant à sa gauche.

L'étranglement dûment constaté, comment y remédier ?

Si l'on se trouve en présence d'une coudure de la portion ascendante du duodénum, ou, si celle-ci n'existe pas, de la première portion du jéjunum, une simple fixation des premières parties du jéjunum pourra suffire.

Nous conseillerons, dans ce cas, d'employer le procédé de notre maître, M. Campenon (obs. I), qui a eu l'ingénieuse idée de fixer les premières parties du jéjunum

sur une étendue de quelques centimètres au méso-côlon transverse. Les points, au nombre de trois, intéressant la séreuse intestinale, espacés de un centim. environ, ont été faits à la soie. De cette façon, l'anse jéjunale, suffisamment relevée pour permettre le rétablissement du cours des matières, était cependant douée d'une certaine mobilité résultant de la mobilité même du méso-côlon. En soutenant ainsi d'une manière assez lâche cette partie d'intestin, on évitait la possibilité de voir se produire une nouvelle coudure à l'extrémité d'une anse intestinale que l'on aurait trop immobilisée.

Cette opération fut très suffisante, puisque la malade, revue deux ans après, était dans un parfait état de santé. Elle a de plus l'avantage d'être une intervention simple et rapide. Nous ne saurions donc trop la recommander quand son choix est justifié, c'est-à-dire dans le cas de simple coudure.

Mais quand l'étranglement est dû à la traction de l'intestin sur la racine mésentérique qui écrase le duodénum, il faut avoir recours à une autre intervention.

Il ne faut pas songer à une fixation du mésentère. Celle-ci, en effet, aurait besoin d'être solide et ne pourrait guère se faire qu'à la paroi abdominale antérieure. Hochenegg, qui opéra un des malades de Kundrat, après avoir pensé à employer ce procédé, en abandonna l'idée dans la crainte de déterminer, par cette fixation à la paroi abdominale, une bride sur laquelle un étranglement ultérieur eût été possible.

Il nous reste donc la ressource de faire une anastomose du jéjunum avec une partie du tube digestif située en amont

de la racine mésentérique, soit avec l'estomac, soit avec le duodénum.

La gastro-entérostomie est devenue aujourd'hui une opération simple et rapide. Elle a de plus le grand avantage de pouvoir être faite tout entière hors de la cavité abdominale.

Il nous semble donc que l'on devra la préférer à toute autre anastomose dans quelques cas exceptionnels d'occlusion duodénale ; quand l'occlusion se manifeste d'une façon suraiguë ou quand le malade est opéré très tard, ce qui est malheureusement arrivé dans trois de nos observations (obs. II, V et VI), on doit alors chercher à faire subir au malade l'intervention la plus simple, et c'est à la gastro-entéro-anastomose que l'on aura recours. Nous ne donnerons la description ni des nombreux procédés ni de la technique de cette opération ; on la trouve aujourd'hui dans tous les ouvrages classiques.

Mais nos malades, à l'exception d'un seul qui fut emporté en deux jours (Kundrat, obs. III), ont présenté une occlusion à marche relativement lente. *Si le diagnostic est établi dès le début* de l'affection, l'état du malade permettra une intervention plus longue peut-être, mais que nous jugeons préférable : la duodéno-jéjuno-anastomose.

Nous avons cherché en effet à unir la première anse du jéjunum, très mobile et très facile à amener, à la portion horizontale du duodénum qui précède l'étranglement, c'est-à-dire à la partie de l'intestin grêle située au-dessous de l'ampoule de Vater. *Le passage de la bile et du suc pancréatique dans l'intestin ne sera donc modifié en aucune façon*

par cette intervention. C'est là, croyons-nous, son grand avantage.

Une difficulté semblait devoir nous arrêter : la situation profonde et la fixité du duodénum. Quant à l'anse jéjunale, nous savons combien elle est mobile et facile à amener au contact du duodénum. Nous avons cherché à réaliser sur le cadavre cette entéro-anastomose, en nous rapprochant autant que possible de toutes les conditions d'une laparotomie, et nous y sommes arrivé, sans grandes difficultés.

C'est au cours d'un de ces essais que nous avons rencontré le cas d'étranglement du duodénum par la racine du mésentère que nous reproduisons dans la planche située à la fin de notre travail et que nous publions sous le titre d'observation VIII.

Si nous rappelons ici ce fait, c'est qu'il est venu nous confirmer dans cette idée que le duodénum serait particulièrement facile à aborder dans les cas qui nous occupent. Il se présente, en effet, dilaté, faisant saillie parmi les autres viscères, s'offrant pour ainsi dire au bistouri dès qu'on a relevé le côlon et l'épiploon. (Ce fait est noté dans toutes nos observations.)

Nous ne croyons pas devoir décrire ici la technique de la duodéno-jéjuno-anastomose, elle se fera comme toute entéro-anastomose, soit par anastomose latérale, soit à l'aide des différents boutons de Murphy, de Villard, de Chaput. L'entéro-anastomose latérale nous a semblé un peu pénible ; on devra, à notre avis, lui préférer l'emploi des boutons. Parmi ceux-ci, celui de Chaput nous a toujours paru être d'une application plus facile.

Ajoutons qu'obligé d'opérer dans la cavité abdominale,

on se trouvera dans des circonstances moins favorables que dans la plupart des entéro-anastomoses. On devra donc redoubler d'attention pour éviter l'infection péritonéale. C'est là, croyons-nous, la seule objection que l'on puisse faire à la duodéno-jéjunostomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*). (Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé CAMPENON.)

Au mois de mai 1898, entrant dans le service de M. le Dr Campenon (hôpital de la Charité, salle Petit, n° 17) la nommée X. . . , âgée de 32 ans.

Les symptômes qu'elle présente à ce moment sont ceux de l'obstruction intestinale à siège très élevé, selon le diagnostic que porte notre maître.

L'obstruction intestinale est caractérisée par la suppression absolue de gaz par l'anus, par l'absence complète de garde-robes, par des vomissements incoercibles. Ces trois symptômes, comme nous le verrons à l'histoire de la malade, remontent déjà à plusieurs jours. Nous notons en même temps : la petitesse du pouls, le facies anxieux et tiré, la diminution quantitative des urines et sa richesse en indican.

Le diagnostic du siège s'appuie sur les remarques suivantes : le ventre, bien loin d'être ballonné, est plutôt plat, sauf au niveau de la région épigastrique qui contraste par un léger ballonnement avec l'affaissement du reste de l'abdomen. Lorsqu'on percute, on trouve une sonorité très faible et uniforme de toute la cavité abdominale, tandis que l'épigastre est nettement sonore.

Le palper, même le plus méthodique, ne donne aucun renseignement. On note seulement une certaine sensibilité à la pression profonde au niveau de la région épigastrique et, plus particulièrement, à sa partie inférieure, aux confins de la zone ombilicale.

L'histoire de la malade est obscure. Le début de son affection

remonterait à huit jours. Elle aurait, à ce moment, ressenti des « tiraillements d'estomac » suivis de nausées, puis de vomissements qu'elle attribua à une indigestion. Mais tout cela évolua lentement et sans douleur vive initiale. Impossible de savoir si à ce moment il y eut ou non des garde-robes. La malade ne se préoccupa pas tout d'abord de cet état, ayant eu déjà à plusieurs reprises depuis quelques années des « indigestions » de ce genre. Toutefois, comme les vomissements se renouvelaient chaque fois qu'elle prenait quelque chose, elle se décida à entrer à la Charité dans un service de médecine.

C'est en vain que divers agents médicamenteux sont employés. Les vomissements persistent, d'abord éloignés et formés surtout de ce que la malade a ingéré, puis plus rapprochés et à caractère muco-bilieux, avec grumeaux jaune verdâtre. On note en même temps l'absence de garde-robes.

M. le Dr Moutard-Martin soupçonne une obstruction intestinale et fait voir la malade à M. Campenon dont le diagnostic est, comme nous l'avons dit, obstruction intestinale à siège très élevé.

Mais peut-on aller plus loin et préciser davantage? Notre maître essaie de le faire, sous les réserves que comporte la rareté de ces cas.

Et, tout d'abord, quel est le siège exact de l'obstruction? L'aplatissement de tout le ventre, moins l'épigastre, permet de localiser l'obstacle au commencement du jéjunum ou à la terminaison du duodénum.

Quelle est la nature de l'obstacle?

L'absence de douleur initiale violente, la marche relativement lente des accidents ne permettent guère de songer soit à un volvulus, soit à un étranglement proprement dit dans une fossette rétro-péritonéale.

Les accidents sont plutôt ceux d'une obstruction progressive telle qu'on l'observe au cours des sténoses par compression ou par lésion des parois. — L'âge de la malade ne permet guère de songer à un néoplasme. On ne trouve aucune tumeur appréciable.

Il est donc peu probable que l'on ait affaire à une lésion d'ordre néoplasique. — Quant à la sténose fibreuse, c'est possible mais on n'en trouve pas facilement l'explication à ce niveau.

Reste une dernière hypothèse à laquelle M. Campenon se rattache plus volontiers : coudure de l'intestin, sans pouvoir toutefois en préciser la cause. Probablement bride intestinale ? Peut-être compression rétro-intestinale et coudure consécutive à la racine du mésentère ? (En émettant et discutant ces hypothèses, M. Campenon nous parle d'un cas analogue, quant à la symptomatologie, dont il a été témoin il y a quelques années, c'est notre observation II.)

OPÉRATION. — L'incision faite sur la ligne médiane commence un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde pour se terminer à 5 centim. au-dessous de l'ombilic.

L'estomac distendu menace de faire hernie. Un aide le maintient et le refoule en haut, ainsi que le grand épiploon qu'on relève.

L'intestin grêle apparaît vide, ainsi que le gros intestin. Toutefois, cette vacuité n'est pas absolue, si l'on peut parler ainsi. L'intestin semble affaissé, mais non rétracté comme on l'observe en général au-dessous des obstructions aiguës.

Le paquet intestinal est laissé en place et l'on explore la région suspectée duodéno-jéjunale de l'œil et du doigt.

Au voisinage immédiat de l'artère mésentérique, un peu sur la gauche de la ligne médiane, à l'origine du jéjunum, on constate le fait suivant : une coudure brusque à sinus regardant en bas.

Il suffit de redresser cette coudure en relevant en haut l'origine du jéjunum, coudure que ne fixe d'ailleurs aucune adhérence, pour voir immédiatement des gaz s'y engager, nous dirons même s'y précipiter, tant est rapide le changement de volume de l'intestin, vide un instant auparavant.

Il n'existe aucune bride péritonéale. C'est la portion libre de l'intestin qui est coudée sur la portion fixe.

Craignant que l'accident ne se reproduise s'il se contente d'abandonner les choses à elles-mêmes, M. Campenon fixe, par

trois points de suture espacés l'un de l'autre de 1 centim. environ, l'origine du jéjunum au méso-côlon transverse. Ces points, faits à la soie fine, n'intéressent que la séreuse intestinale et sont peu serrés.

Remise en place du grand épiploon, suture de la paroi, pansement iodoformé.

Les suites opératoires furent des plus simples, et la guérison rapide sans aucun accident à noter.

Il y a deux ans maintenant que cette opération a été faite. Nous avons revu la malade au mois de juillet. Elle reste complètement guérie et n'a plus jamais eu d'indigestion, suivant son expression.

OBSERVATION II (*inédite*). (Communiquée par M. le professeur agrégé CAMPENON. — *Obstruction intestinale du duodénum au niveau de son passage sous la mésentérique.*)

Le 22 avril 1891, M. X..., âgé de 40 ans, est victime d'un accident de revolver. La plaie d'entrée est à la partie antérieure du flanc gauche, à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Des renseignements obtenus, il résulte que la balle a dû suivre un trajet à peu près horizontal et légèrement oblique d'avant en arrière.

Les accidents immédiats sont nuls, sauf l'excitation nerveuse et une sensibilité très nette à la pression de la moitié supérieure gauche du ventre ; la douleur dépasse même la ligne médiane.

Le blessé est mis à la diète absolue, à l'extrait thébaïque ; glace en permanence sur le ventre. On recommande l'immobilité absolue dans le décubitus dorsal.

Les suites immédiates furent des plus simples : pas de température ; pas de fréquence du pouls ; pas de ballonnement du ventre ; pas de vomissements ; pas de troubles de la miction. — Dès le 24, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accident, émission de gaz

par l'anus, et, le lendemain 25, garde-robe spontanée sans aucun caractère particulier.

Peu à peu on permet au malade de s'alimenter : lait, puis potages, puis œufs, puis purées légères.

On atteint ainsi le 17^e jour après la blessure sans aucun symptôme inquiétant. Toute sensibilité ayant disparu et le malade étant de plus en plus nerveux, on lui permet de se lever pour se mettre dans un fauteuil.

A partir de ce moment, la physionomie morbide change complètement, d'abord d'une façon insensible, puis de plus en plus accusée.

C'est le 8 mai que le blessé se lève pour la première fois : il ne ressent aucune douleur, mais seulement un peu de pesanteur vague. Dès le soir même, cependant, il se plaint de ne pas avoir faim,

Il se lève encore le lendemain 9 et éprouve les mêmes sensations vagues. Mais les troubles digestifs font leur apparition, sous forme d'un petit vomissement alimentaire.

Malgré l'immobilité au lit, malgré la glace, les vomissements vont s'accusant de plus en plus pendant les 9, 10 et 11 mai. Ils conservent leur caractère alimentaire, c'est-à-dire qu'ils suivent immédiatement l'ingestion de tout liquide et ne sont autres que ce liquide même. L'on dirait presque une régurgitation.

Le 12 mai (21^e jour de la blessure, 4^e jour après le lever), on note des nausées répétées et deux vomissements non justifiés ; ils sont formés d'un liquide sale, légèrement bilieux, de consistance fluide, sans odeur.

Le 13 mai, il est évident que l'on est en présence d'une obstruction intestinale, mais d'une physionomie particulière.

Comme symptômes classiques, nous avons : la suppression absolue de matières et de gaz depuis quarante-huit heures, les vomissements incoercibles, la petitesse du pouls, le facies spécial anxieux.

Mais, par contre, nous n'avons aucun météorisme. Bien au contraire, le ventre est plat partout, sauf l'épigastre qui est ballonné

et sonore. Les vomissements n'ont aucune odeur fécaloïde.

Il existe une sensibilité vague à la pression dans la région sous-ombilicale médiane et gauche.

On pense à un étranglement par bride péritonéale ou par coudure, par adhérences, consécutif au traumatisme.

LAPAROTOMIE. — Le chloroforme est très mal supporté et l'opération doit être conduite rapidement.

Une incision sur la ligne médiane, commençant un peu au-dessous de l'ombilic pour remonter jusqu'à l'appendice, découvre le grand épiploon, d'aspect normal. Relevé et rejeté en haut, il laisse voir la masse intestinale affaissée, complètement vide, légèrement rouge.

On cherche inutilement dans la région gauche supérieure l'existence d'un obstacle. C'est sur la ligne médiane qu'on le trouve.

Immédiatement en avant de l'aorte, directement entre elle et l'artère mésentérique en avant, l'intestin paraît comme coupé. Le jéjunum pend vide presque vertical. Pendant qu'on le soulève, qu'on le redresse pour chercher à se rendre compte de l'obstacle, on le voit se distendre par des gaz qui s'y engagent.

Par le seul fait du redressement, l'obstruction paraît donc levée.

On cherche à caler l'anse ainsi ramenée horizontale par le paquet intestinal que l'on refoule au-dessous et l'on ferme rapidement le ventre.

Notons que l'aorte nous a paru en avant et à gauche entourée d'une masse épaisse, comme si la balle était venue se loger à ce niveau, mais aucune recherche n'est faite à cet égard au cours de l'opération.

Le malade succombe dans la nuit, dans le collapsus, après avoir, nous dit-on, rendu quelques gaz par l'anus, mais sans aucune garde-robe.

AUTOPSIE, pratiquée trente-six heures après la mort.

Le trajet de la balle à travers les téguments est cicatrisé et ne laisse aucune trace dans la cavité péritonéale.

L'intestin grêle et le gros intestin renferment une petite quantité de gaz ; ils ne sont plus affaissés comme au moment de l'opération.

L'estomac, de moyen volume, occupe sa place ordinaire, mais son extrémité pylorique est abaissée.

Le duodénum est profondément modifié. Ses dimensions sont énormes : on dirait un estomac distendu placé verticalement. Tandis que le bord qui regarde et enserre la tête du pancréas est peu modifié, le bord convexe, au contraire, a subi une dilatation considérable portant surtout sur la portion horizontale qui a pris la forme d'une besace. Du liquide et des gaz la remplissent. Par la pression entre les doigts, on le vide assez facilement dans le jéjunum, si l'on prend la précaution de la refouler en haut.

L'obstacle siège bien entre l'aorte et la mésentérique, mais il s'agit surtout d'une coudure.

On ne peut trouver la balle, mais on constate que la région péri-aortique et rétro-aortique au niveau de l'origine de la mésentérique est le siège d'une infiltration sanguine en voie de résolution.

En détachant le paquet viscéral pour explorer les vertèbres, la balle tombe à terre sans qu'on ait pu préciser où elle était.

« RÉFLEXIONS. — Nous croyons ici à un double mécanisme :

1° Par le fait de l'infiltration sanguine péri-aortique, le duodénum a été comprimé, aplati.

Il s'est fait une obstruction incomplète dont le résultat a été la dilatation en besace des 2^e et 3^e portions du duodénum.

2° Tant que le malade est resté couché, les choses ont marché à peu près : un peu de gaz, un peu de liquide passaient.

Mais lorsque le malade s'est levé, la pesanteur est intervenue pour déterminer une coudure, et les accidents aigus se sont montrés. »

OBSERVATIONS III, IV et V. — (KUNDRAT : « *Sur une forme rare d'étranglement interne* ». *Semaine médicale de Prague*, 1891.) Traduites in extenso.

OBS. III. — Il s'agit d'un homme d'âge moyen, d'une forte constitution, qui entra en convalescence à la suite d'une fièvre typhoïde qui l'avait fortement débilité. *Comme il quittait le lit pour la première fois*, il ressentit subitement de violentes douleurs dans l'abdomen, puis apparurent les signes d'un étranglement interne auquel il succomba en l'espace de deux jours.

A L'AUTOPSIE, on trouva le duodénum et l'estomac dilatés. Tout l'intestin grêle était tombé dans le petit bassin ; le duodénum était en quelque sorte coupé par le mésentère.

OBS. IV. — Dans ce cas, les phénomènes d'étranglement évoluèrent en huit jours. Dans les environs du canal crural, on avait constaté une tuméfaction de la grosseur d'une noisette qui ne fut découverte qu'après de longues recherches. L'autopsie révéla que la mort était due à une embolie de l'artère pulmonaire. La tuméfaction observée n'était pas une hernie, mais un gros paquet variqueux de la veine saphène interne à son embouchure dans la veine fémorale. En reconstituant les faits, on découvrit qu'il s'était formé là un thrombus, qui se détacha et arriva plus tard dans le poulmon.

Tout l'intestin était normal, mais le duodénum était étranglé par le mésentère, et l'intestin grêle était tombé profondément dans le petit bassin.

OBS. V. — Il s'agit d'un ouvrier de fabrique qui fut apporté à la clinique Albert avec les symptômes d'un étranglement interne. Quand on pratiqua la laparotomie, on trouva les mêmes lésions que dans les deux cas précédents, ce qui fait que le diagnostic d'étranglement du duodénum par le mésentère put être porté avec plus d'assurance.

A la suite de la communication de Kundrat, le Dr Hochenegg qui opéra ce malade remarque que les phénomènes étaient très clairs. L'intestin grêle était comme exprimé et situé dans le petit bassin, le duodénum et l'estomac étaient dilatés. Le diagnostic, ajoute-t-il, n'était pas douteux. Il s'agissait bien d'une obstruction du duodénum par le mésentère. Les différents essais tentés pour rétablir la perméabilité de l'intestin furent vains ; cependant, durant ces manipulations, le duodénum se vida peu à peu et le malade alla deux fois à la selle, mais alors les autres symptômes reparurent.

Dans la discussion qui suivit cette communication, le Dr Hochenegg dit encore qu'il chercha à fixer le mésentère à la paroi abdominale antérieure et qu'ainsi le duodénum fut soustrait à la pression du mésentère ; rapidement alors le jéjunum se remplit de gaz et de liquide. Dans cet état de réplétion il ne pouvait plus tomber dans le petit bassin ; par suite, la tension du mésentère nécessaire à la compression du duodénum fut supprimée. Malheureusement les phénomènes antérieurs se reproduisirent, bien que l'on eût cherché à empêcher la chute de l'intestin en élevant le bassin. Par suite du grand affaiblissement et du mauvais état général du malade, on s'abstint d'une seconde intervention.

OBS. VI. — (BALSTER. *Société libre des chirurgiens de Berlin.*)
Hématome duodénal simulant une occlusion intestinale.
Traduite in extenso.

Il s'agit d'un aubergiste de 36 ans qui jusqu'alors n'a jamais été malade. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il est pris, sans aucun motif, d'une douleur aiguë dans le ventre, sans siège précis. Huit jours plus tard, absence complète de garde-robes. Bientôt apparurent des vomissements fréquents de matières noires, mais pas fécaloïdes. Le malade s'affaiblit de jour en jour, mais cependant reste debout, et c'est à pied qu'il vient à l'hôpital.

Cet homme, d'une très forte constitution, offre à son entrée à l'hôpital l'aspect d'un grand dépérissement avec pâleur du visage, sécheresse de la peau, un pouls petit et très fréquent (120 puls.), mais pas de température. Le ventre est plat, sauf dans la région de l'épigastre où il est ballonné et tendu. A ce niveau, à droite de la ligne médiane, la palpation donne la sensation d'une tumeur de la grosseur du poing, peu mobile, assez dure et douloureuse à la pression. Sa localisation et sa délimitation précises sont impos-

sibles à déterminer. L'estomac est fortement dilaté et refoule le cœur. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Le malade a des renvois et des vomissements presque continus de matières semblables à du marc de café, ne renfermant que du sang et des cristaux d'hémine reconnus à l'examen microscopique. A la suite de lavements, il ne sort du rectum que quelques fragments de matières fécales.

On porte le diagnostic d'occlusion intestinale à la partie supérieure du jéjunum ou du duodénum, due à une tumeur ou à des adhérences consécutives à des phénomènes inflammatoires du côté de la vésicule biliaire. Comme l'état s'aggrave et que l'issue fatale est certainement proche, le soir même M. Hahn pratique la laparotomie après anesthésie à l'éther. A l'ouverture de la paroi abdominale, on trouve le gros et le petit intestin fortement affaissés, l'estomac et surtout le duodénum extrêmement distendus. Ce dernier forme une tumeur dure, rouge violacé, ayant les dimensions du poing. Une accumulation de graisse extraordinaire est à remarquer spécialement dans le mésentère, qui, par suite de l'affaissement de l'intestin, apparaît nettement et *offre surtout à sa racine un aspect très tendu.*

A la palpation, il donne nettement la sensation de fluctuation. On fait dans le mésentère une incision exploratrice de 1 centim. et demi qui laisse écouler un peu de sang brunâtre et un seul caillot. L'on suppose alors qu'il faut rechercher la cause de l'hémorrhagie dans le pancréas, car la palpation donne la sensation de calculs du côté de sa tête. A travers l'incision, on cherche à pénétrer sur le pancréas. Il s'écoule alors une grande quantité de sang en partie altéré et épanché dans les feuillets du mésentère, en partie frais provenant des veines déchirées. L'hémorrhagie est arrêtée sans peine ; mais le collapsus empêche de continuer l'opération et le malade, malgré une injection de sérum artificiel, meurt une demi-heure après.

L'autopsie, qui contribua à éclairer les faits anatomiques dans ce cas remarquable, *laissa cependant régner l'obscurité complète sur son étiologie.*

On trouve en effet un gros épanchement dans les parois du duodénum, surtout au niveau de sa portion descendante. En certains points, le sang a décollé la muqueuse et le tissu sous-jacent des autres tuniques sur près des deux tiers de sa circonférence, en produisant une cavité ayant la grosseur d'un poing d'homme. *Au niveau du passage de la racine du mésentère*, on trouve une déchirure de la paroi intestinale très amincie et une irruption du sang entre les feuillets du mésentère. *La lumière du duodénum est complètement écrasée par la tumeur*. Aucune altération n'est à noter du côté de la muqueuse. Les recherches du côté des gros et des petits vaisseaux ne révèlent non plus aucune altération. Le pancréas est intact. Quant aux calculs sentis pendant l'opération, ils n'existaient pas, on avait été trompé par la dureté du pancréas et l'épanchement sanguin.

Il s'agit donc vraisemblablement, ajoute Balster, dans ce cas, d'un épanchement primitif des vaisseaux de la sous-muqueuse du duodénum. L'épanchement et les troubles de la nutrition consécutifs ont amené des lésions des gros vaisseaux qui ont contribué à augmenter cet épanchement. Celui-ci finalement a trouvé une issue à travers la déchirure précédemment indiquée. Les phénomènes d'occlusion sont expliqués par la compression du duodénum par l'épanchement. *La supposition la plus probable* est qu'il s'agit d'un traumatisme, d'une contusion au niveau du duodénum à l'état de réplétion, quoiqu'on n'ait pas pu le trouver dans l'interrogatoire du malade.

L'observation précédente, publiée sous le titre d'« Hématome duodénal simulant une occlusion intestinale », peut très bien rentrer dans le cadre de notre travail. Balster ne fait du reste que des hypothèses. Il admet l'hématome comme étant le fait primitif, l'occlusion intestinale comme lui ayant succédé, et il explique cet hématome par une contusion antérieure. Or, il dit lui-même que le malade n'a souvenir d'aucun traumatisme. Il nous semble, au contraire, que l'occlusion a été le phénomène primitif, l'hématome le fait secondaire. La compression a même été si étroite qu'elle

a déterminé la rupture de la paroi intestinale à ce niveau. Tous les symptômes observés sont du reste d'une analogie complète avec ceux de nos observations. C'est pourquoi nous avons jugé que cette dernière offrait, en paraissant à côté d'elles, un intérêt tout particulier.

Obs. VII. — (PHILIPPE. *Thèse de Paris*, 1899.)

La nommée Th..., Héloïse, âgée de 22 ans, fleuriste, entre le 30 décembre 1896 à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Elle serait devenue malade après plusieurs jours de libations ; elle aurait reçu des coups.

La malade raconte que depuis cinq jours, à la suite d'une colère, elle est prise de vomissements. Elle n'a plus rendu ni matières, ni gaz, sauf, d'après le docteur Pellerin, le premier jour.

Les vomissements sont incessants, complets, bilieux, sans odeur marquée.

La malade ne peut rien absorber.

Le ventre est plat. Aucune douleur ; cependant M. Lesueur, interne du service, en aurait un peu provoqué quelques instants auparavant par la pression à droite et en haut de l'ombilic.

En examinant attentivement, il semble que la partie sus-ombilicale est un peu saillante. Elle est sonore à la percussion.

Au-dessous, la main a la sensation molle d'intestin vide, se contractant de temps en temps sous la pression.

Submatité à droite.

Elle n'aurait uriné que quelques gouttes dans la matinée et nous retirons à la sonde 5 ou 6 centimètres cubes d'urine très chargée de sels.

Le poulx est filiforme = 132.

Il n'y a pas d'anxiété respiratoire.

Le nez est très pincé, les lèvres sont légèrement cyanosées; le facies abdominal est nettement caractérisé.

La température axillaire le matin du 30 = 36°.4; le soir, elle est tombée à 36°.2.

Le diagnostic reste très hésitant: il y a probablement occlusion intestinale, mais il faut alors qu'elle siège très haut (hernie dans un orifice anormal?).

La laparotomie est faite à 6 heures du soir, par M. Cerné. L'incision sous-ombilicale est d'abord prolongée en haut, puis en bas.

Rien dans le péritoine. Épiploon épais et gras, anémie générale des tissus.

L'intestin est absolument affaissé, vide, sauf le côlon modérément gonflé.

En écartant la masse intestinale d'abord à gauche, on rencontre à droite la vésicule biliaire pleine de bile, le duodénum fortement distendu. Au-dessous, on aperçoit une tuméfaction molle, correspondant à la région rénale.

En se reportant à la région symétrique gauche, on constate une tuméfaction ecchymotique immédiatement au-dessous et à gauche de la portion ascendante du duodénum. Soupçonnant une hernie rétro-péritonéale de ce côté, l'opérateur tire sur la naissance du mésentère et voit les gaz sortir légèrement au-dessous des vaisseaux mésentériques supérieurs pour passer dans la portion du duodénum, à gauche du mésentère. En cherchant à dégager l'orifice intestinal, on finit par érailler le péritoine et il sort une quantité notable de sang noir et de caillots. Deux doigts introduits pénètrent dans une poche qui se prolonge à droite, et d'où sortent encore une certaine quantité de caillots.

Toilette incomplète et rapide, la malade n'ayant plus de poulx depuis quelque temps, quoique respirant bien. Drain entouré de gaze iodoformée, sortant par une incision latérale gauche. Fermeture de l'incision abdominale à la soie en masse.

Aussitôt, on fait dans la veine brachiale droite une injection de 2 litres de sérum. Le poulx se relève notablement et devient notablement bon, le visage se colore.

Mais à 8 heures du soir, le poulx est redevenu insensible et la mort survient à 3 heures du matin sans incident quelconque.

Autopsie. — Le pancréas est intact. Il n'y a rien aux reins, ni aux principaux vaisseaux (aorte, veine cave, vaisseaux mésentériques). On ne peut trouver le point de départ de l'hémorrhagie, mais il doit évidemment se trouver dans un vaisseau rétro-duodénal,

Rien du côté des os.

Le sang passe en avant des reins, il est diffusé dans la région lombaire assez bas.

Obs. VIII (*personnelle*). — (Pièce trouvée sur un cadavre.)

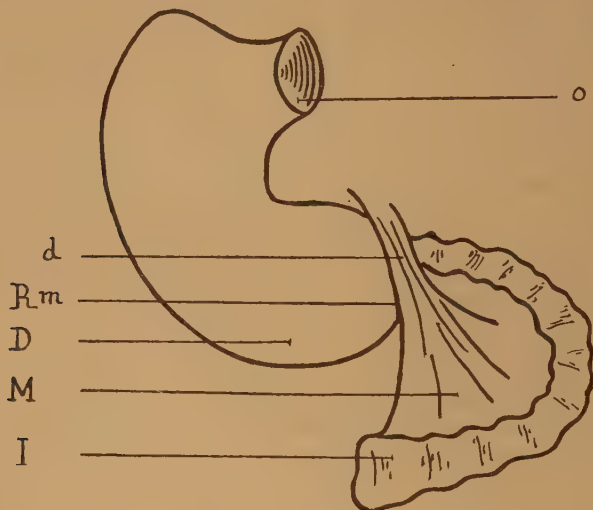
Au cours des essais que nous avons entrepris pour réaliser la duodéno jéuno-anastomose, nous avons, en pratiquant cette opération sur le cadavre, rencontré une fois un étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère.

Le sujet, nommé Henri Daum..., âgé de 51 ans, était mort, le 25 octobre 1900, de tuberculose pulmonaire dans le service de M. le Dr Sapelier, à la Maison de Nanterre, après avoir présenté dans les huit derniers jours une diarrhée intense.

Aidé par notre excellent collègue et ami Moret, nous faisons une incision médiane, commençant à 2 centim. au-dessous de l'appendice xiphoïde, et se terminant à l'ombilic. L'estomac, très dilaté, le grand épiploon et le côlon transverse étant relevés, on aperçoit à droite de la colonne vertébrale une anse intestinale très distendue, que l'on reconnaît être le duodénum. Sur la ligne médiane environ se voit une corde tendue, c'est la racine mésentérique qui étrangle à ce niveau l'intestin grêle. Au delà, le jéjunum est affaissé, vide de gaz, dans ses premières portions qui tirent sur cette racine mésentérique. Surpris par cette trouvaille inespérée, nous interrompons l'opération afin de ne rien modifier aux rapports des différents viscères entre eux et nous ouvrons le cadavre.

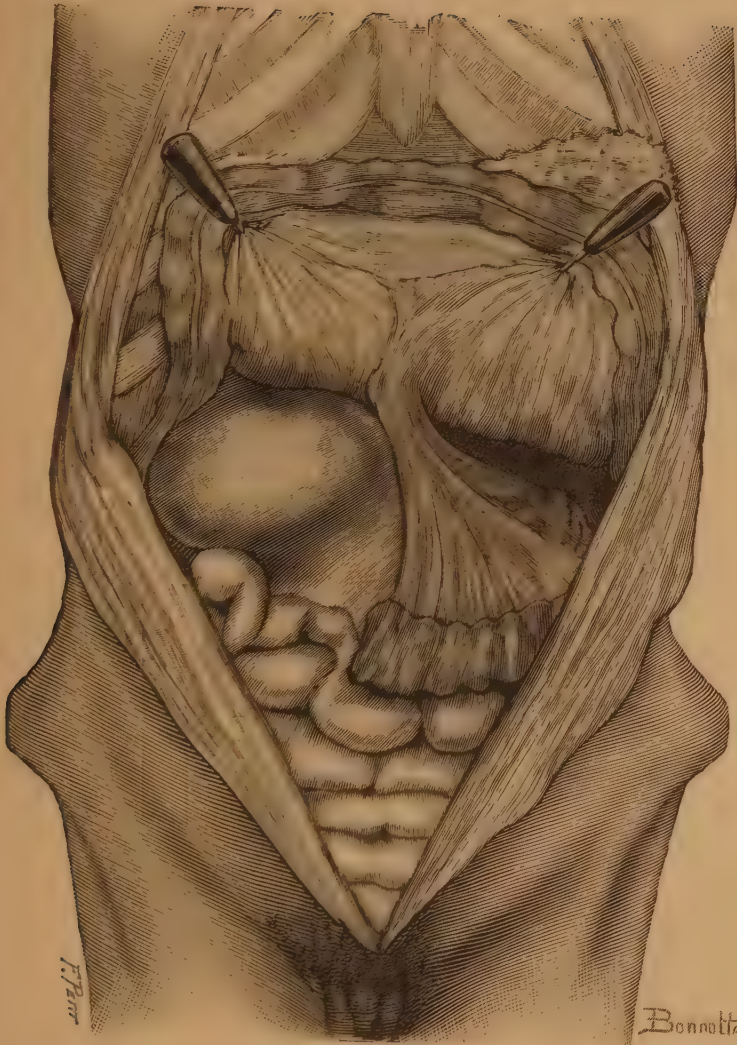
C'est ce cas que nous reproduisons dans la planche ci-contre. Nous y avons joint un schéma qui montre plus clairement la forme de l'étranglement.

En laissant les organes en place et en appuyant sur le duodénum dilaté, on constate que les gaz refluent dans l'estomac très distendu lui-même, mais ne passent pas dans le jéjunum. Ce n'est qu'en



Rm, racine du mésentère étranglant la partie horizontale du duodénum *d* à sa terminaison. — D, partie horizontale du duodénum précédant l'étranglement considérablement dilatée. — M, mésentère auquel est appendu le jéjunum vide de gaz et affaissé I. — o, orifice pylorique du duodénum.

pressant à la fois fortement sur l'estomac et le duodénum que l'on arrive à voir l'obstacle se lever et les gaz passer dans le jéjunum. On obtient le même résultat en soulevant dans son ensemble la masse intestinale tirant sur le mésentère. Nous sommes donc bien ici en présence d'une occlusion produite par le premier des mécanismes que nous indiquons dans le chapitre de la pathogénie. De plus, la portion ascendante du duodénum fait complètement défaut ; après son passage sous les vaisseaux mésentériques, la partie fixe



Occlusion duodénale observée sur le cadavre. (Obs. VIII). (*Dessin d'après nature.*)

de l'intestin grêle cesse et se continue immédiatement avec le jéjunum flottant librement. Les faisceaux musculaires de Treitz sont cependant apparents et semblent fixer assez solidement l'angle duodéno-jéjunal (dans ce cas sur le même plan horizontal que la troisième partie du duodénum). Il nous semble donc que chez ce sujet l'occlusion duodénale, phénomène survenu évidemment après la mort, est causée par le premier de nos trois mécanismes : étranglement du duodénum contre l'aorte et la colonne vertébrale par la racine mésentérique sur laquelle tire l'intestin vide de gaz. Dans le chapitre de la pathogénie, nous disions qu'il ne nous semblait pas nécessaire que l'intestin tout entier fût vide de gaz et prolabé pour produire l'occlusion par traction sur le mésentère. Or les faits semblent ici nous donner raison, les dernières parties de l'intestin grêle elles-mêmes étant encore distendues par des gaz. Il est vrai que l'on pourra nous objecter que l'occlusion n'est pas complète, et que nous avons affaire à un cadavre. Cependant le fait nous semble mériter d'être signalé.

Après avoir retiré le duodénum et le jéjunum, nous avons noté un étranglement très notable au niveau du passage des vaisseaux mésentériques qui répond à l'isthme du duodénum, mais la lumière de l'intestin à ce niveau laissait facilement encore pénétrer le petit doigt.

Disons enfin que dans ce cas, le duodénum était très facilement accessible. De plus, par suite de la mobilité extrême et habituelle de la première anse du jéjunum, nous étions en présence d'une duodéno-jéjuno-anastomose simple à pratiquer.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Le duodénum, complètement fixe et sous-péritonéal dans ses trois premières portions — hépatique, descendante et horizontale — passe à la terminaison de cette troisième partie, dans le *compas aorto-mésentérique* qui l'immobilise complètement à ce niveau. Au delà, dans sa quatrième portion, il est presque entièrement entouré par le péritoine et n'est soutenu que par le muscle de Treitz qui fixe l'angle duodéno-jéjunal.

2° Le *mécanisme* de l'obstruction duodénale au niveau de la racine du mésentère est variable :

a) L'intestin peut être refoulé d'arrière en avant et venir s'écraser, pour ainsi dire, sur la corde mésentérique (obs. II, Campenon; obs. VII, Philippe).

b) Si la branche antérieure du compas — racine du mésentère — par suite de la traction qu'exerce sur elle l'intestin grêle vide de gaz et prolabé, se rapproche de la branche postérieure — aorte appuyée sur la colonne vertébrale — elle comprimera le duodénum au point de produire des phénomènes d'occlusion intestinale (obs. III, Kundrat; obs. VIII, personnelle).

c) Si les faisceaux musculaires de Treitz sont insuffisants ou absents, la quatrième portion du duodénum, insuffisamment soutenue, pourra se couder à son origine, au niveau de la racine du mésentère (obs. I prise dans le service de M. le Dr Campenon).

d) La quatrième portion — partie ascendante — du duodénum peut ne pas exister (recherches personnelles). L'angle duodénal est alors situé immédiatement après le passage de l'artère mésentérique supérieure sur le duodénum. Les faisceaux musculaires de Treitz le soutenant mollement, cet angle pourra se déplacer et se couder au niveau de la racine mésentérique.

Chacun de ces mécanismes peut, isolément, produire de l'occlusion duodénale.

3° Cette occlusion évolue d'une façon subaiguë dans la grande majorité des cas (6 cas sur 7). Dans l'observation III de Kundrat, les phénomènes d'étranglement ont été aigus et ont emporté le malade en deux jours. Peut-être alors pourrait-on invoquer la réunion des trois mécanismes signalés plus haut, se complétant mutuellement.

4° Cette occlusion subaiguë qui, au début, peut faire croire à de simples phénomènes d'intolérance gastrique, devra être recherchée avec soin. L'absence de ballonnement du ventre, la présence de bile et de suc pancréatique dans l'estomac, constatée par le tubage, la grande diminution de la quantité d'urine, le caractère des vomissements qui ne sont jamais fécaloïdes, joints aux signes classiques de l'occlusion intestinale, devront faire songer

à l'occlusion du duodénum au niveau de la racine du mésentère. On éliminera par l'étude des commémoratifs les autres formes d'occlusion à ce niveau.

5° On aura grand intérêt à faire le diagnostic de bonne heure, le malade devant retirer un grand bénéfice d'une intervention précoce.

6° Le seul traitement est la laparotomie. L'incision médiane, commençant à deux centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, ira jusqu'à l'ombilic. Une fois la lésion reconnue et l'obstacle levé, on fera, selon les cas :

Soit une fixation du jéjunum prolabé au méso-côlon transverse (*procédé de Campenon*, obs. I) ;

Soit une anastomose.

L'anastomose peut être la gastro-entéro-anastomose ou l'entéro-anastomose du duodénum avec le jéjunum.

Lorsque la fixation du jéjunum ne suffit pas, c'est l'anastomose de la troisième portion du duodénum avec le jéjunum que nous préconisons d'une façon absolue, à moins de conditions tout à fait exceptionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- Alex.** — Thèse de Lyon, 1896.
- Augagneur.** — *Tumeurs du mésentère*, thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- Balster.** — *Berlin. klin. Wochensch.*, 17 déc. 1894, p. 1166.
- Bard et Pic.** — *Revue de médecine*, 1888.
- Barlow.** — *Guy's Hosp. Report*, 2^e série, vol. II.
- Besnier.** — *Etude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion de l'intestin dans la cavité de l'abdomen*, thèse, 1857.
- Boas.** — *Berl. klin. Wochensch.*, 1891.
- Bouveret.** — *Revue de méd.*, 1896.
- *Traité des maladies de l'estomac.*
- Bron.** — *De la compression du duodénum et des accidents qui en résultent*, thèse de Paris, 1894.
- Cahn.** — *Berlin. klin. Wochensch.*, 1886.
- Codet.** — *Des principales erreurs dans le diagnostic des kystes hydatiques de la face inférieure du foie*, thèse de Paris, 1881.
- Combessis.** — *Soc. anat.*, 1852.
- Cruveilhier.** — *Traité d'anat. descriptive*, vol. II.
- Dacquet.** — *Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale*, thèse Paris, 1890.
- Daubeuf.** — *De l'étranglement intestinal*, thèse Paris, 1852.
- Duchaussoy.** — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie*, t. VI, art. Occlusion intestinale (JALAGUIER).
- Fontan.** — *Essais sur les kystes du rein*, thèse de Paris, 1875.
- Gaillard.** — *Presse médicale*, 1895.
- Glénard.** — *Les ptoses viscérales*, 1894.
- *De l'entéroptose*, Lyon médical, 1885.
- Hayem.** — *Revue des sciences médicales.*
- Hernette.** — *Pathogénie et traitement de l'entéroptose*, thèse de Paris, 1897.
- Hockhaus.** — *Berlin. klin. Wochensch.*, 1894.
- Jeannel.** — *Chirurgie de l'intestin.*
- Kundrat.** — *Prager med. Wochensch.*, 13 Feb. 1891.
- Moore.** — *The Lancet*, 1885.
- Morgagni.** — *De sedibus et causis morborum* (Trad. DESTOUE), lettres XXIX et XXX.

- Perry et Schaw.** — *Guy's Hosp. Report*, 1893.
- Peyrot.** — *De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin* thèse d'agrégation, Paris, 1880.
- Philippe.** — *De l'occlusion aiguë du duodénum*, thèse de Paris, 1899.
- Pic.** — *Revue de médecine*, 1894-95.
- Piriou.** — *Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier*, thèse de Paris, 1868.
- Poirier.** — *Traité d'anatomie humaine*, t. IV.
- Rembold.** — *Osterr. Zeitsch. für prakt. Heilk.*, 1865.
- Roux.** — *Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas*, thèse de Paris, 1891.
- Sappey.** — *Traité d'anatomie descriptive*, vol. IV.
- Terrier et Baudouin.** — *La Suture intestinale*.
- Terrier et Hartmann.** — *Chirurgie de l'estomac*.
- Testut.** — *Traité d'anatomie humaine*, vol. III.
- Tillaux.** — *Traité d'anatomie topographique*.
- Tuffier et Marchais.** — *Revue de chirurgie*, 1896.
- Vesselle.** — *Du cancer du pancréas*, thèse de Paris, 1852.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Anatomie. — Dédutions pathologiques</i>	14
CHAPITRE III. — <i>Pathogénie. — Etiologie</i>	23
CHAPITRE IV. — <i>Symptomatologie</i>	37
CHAPITRE V. — <i>Marche. — Pronostic. — Terminaison</i>	43
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	45
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	49
OBSERVATIONS.....	54
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	77

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

